



**T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLERİN, İNTİHAR RİSKİ VE HASTALIK
ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Aslı Kayacan

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2021



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
YÜRÜTÜCÜ İşLEVLERİN, İNTİHAR RİSKİ VE HASTALIK
şİDDETİ İLE İLİşKİSİ**

Dr. Aşlı Kayacan

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Medine Yazıcı Güleç

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2021

TEŞEKKÜR

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum Psikoterapi Merkezi rotasyonumda kendisinden birçok şey öğrendiğim, tez sürecimin başından sonuna kadar eşsiz yardımlarını asla esirgemeyen, her adımında desteğini hissettiğim, adaletli tutumu ve çalışma titizliği nedeniyle sonsuz saygı duyduğum, danışman hocam olduğu için her daim şanslı hissettiğim sevgili hocam Prof. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e öncelikli olarak teşekkürlerimi sunmak isterim.

Tezimin tüm aşamalarında yol gösterici olan ve desteğini esirgemeyen, yardımseverliği ve içtenliği ile her daim yanımda olan, birlikte çalışma fırsatı yakaladığım için çok mutlu olduğum Uzm. Dr. Sevilay Kunt'a;

Engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, kendileri ile çalışma fırsatı bulduğum, öğrencileri olduğum için gurur duyduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye, Dr. Yusuf Özay Özdemir'e, Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Filiz İzci'ye, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a, Doç. Dr. Merih Altıntaş'a, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e ve başhekimimiz sayın Doç. Dr. Rabia Bilici'ye;

Hem uzmanlık hem Doçentlik döneminde beraber çalışma fırsatı yakaladığım çalışma azmini örnek aldığım sevgili abim ve hocam Doç. Dr. Onur Durmaz'a;

Rotasyonlarımda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta sayın Prof. Dr. Füsun Mayda Domaç, Prof. Dr. Özalp Ekinci, Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak olmak üzere tüm nöroloji ve çocuk psikiyatrisi ekibine;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, hepsi birbirinden yardımsever başta Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Didem Beşikçi Keleş, Uzm. Dr. Diğdem Göverti olmak üzere hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına;

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine;

Sayelerinde çokça güzel anılar biriktirdiğim, varlıklarından kuvvet aldığım, her koşulda desteklerini esirgemeyen, Erenköy'ü evim yapan güzel dostlarım Uzm. Dr. Merve Metin, Dr. Berçem Arinci Kızılay, Uzm. Dr. Alper Bülbül ve neredeyse 4 yıl yan yana çalışmak Erenköy'deki en büyük şansım olan canım eş kıdemim, tez yoldaşım Davut Genç'e;

Bitirme sürecimde yardımını bir an olsun esirgemeyen, yüzümü hep güldüren, sevgisini ve desteğini her daim yanımda hissettiğim dostum Uzm. Dr. Ege Sipahi'ye;

Asistanlığım süresince varlıkları ile hayatıma neşe katan, beraber çalıştığım için kendimi şanslı hissettiğim sevgili eş kıdemlilerim Dr. Mustafa Alp Şenel, Dr. Elif Koyu ve tüm asistan arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemde emekleri büyük olan, maddi manevi desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, çalışkanlıkları ile bana örnek olan, hayatımı kolaylaştıran, evlatları olmaktan gurur duyduğum canım annem Ayhan Büyükçapar, canım babam Ali Büyükçapar ve kardeşlerim Şehnaz ve Gökhan'a;

Biricik yeğenlerim, neşe kaynaklarım Defne Naz ve Alp'e;

Her koşulda yanımda; varlığı ve sevgisiyle hayattaki en büyük şansım olan, sevgilim Alperen Kayacan'a ve sayesinde edindiğin ikinci aileme;

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Aslı Kayacan
İstanbul 2021



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR	vii
TABLO DİZİNİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma	3
2.1.3. Epidemiyoloji	5
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.4.1. Genetik.....	6
2.1.4.2. Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme.....	7
2.1.4.3. Nörokimya	8
2.1.5. Klinik Görünüm	10
2.2. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK....	11
2.2.1. Yürütücü İşlevler.....	11
2.2.2. Yürütücü İşlevler ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	12
2.3. İNTİHAR VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	14
2.3.1. İntihar	14
2.3.2. İntihar ve Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	17
3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM	17
3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	18
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	19
3.3.1. Onam ve Bilgilendirme.....	19
3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu	19
3.3.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5-CV)	19
3.3.4. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)	19
3.3.5. Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)	20
3.3.6. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOO).....	21
3.3.7. Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ).....	21

3.3.8. Cambridge Nörofizyolojik Değerlendirme Bataryası (CANTAB-The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery)	21
4.BULGULAR.....	28
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER	28
4.2. İNTİHAR DÜŞÜNCESİNE GÖRE SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	30
4.3. İNTİHAR GİRİŞİMİNE GÖRE SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	31
4.4. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE İNTİHAR PARAMETRELERİ İLİŞKİSİ	33
4.4.1. CGT ve İntihar Parametreleri	33
4.4.2. İED ve İntihar Parametreleri	35
4.4.3. SST ve İntihar Parametreleri	37
4.5. İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖYKÜSÜNE GÖRE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	38
4.6. İNTİHAR GİRİŞİMİNE GÖRE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLERİN KARŞILAŞTIRILMASI	39
4.7. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE HASTALIK ŞİDDETİ İLİŞKİSİ	40
4.8. İNTİHAR DÜŞÜNCESİNE GÖRE HASTALIK ŞİDDETİ VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	43
4.9. İNTİHAR GİRİŞİMİNE GÖRE HASTALIK ŞİDDETİ VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	44
4.10. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE İNTİHAR PARAMETRELERİ KİSMİ KORELASYONU.....	45
4.11. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE HASTALIK ŞİDDETİ PARAMETRELERİ KİSMİ KORELASYONU.....	48
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER	50
5.2. İNTİHAR, HASTALIK ŞİDDETİ VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	51
5.3.YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE İNTİHAR	54
5.4. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE HASTALIK ŞİDDETİ:.....	59
6. KISITLILIKLAR	61
7. SONUÇLAR.....	62
KAYNAKLAR.....	63
EKLER.....	75
EK 1: ETİK KURUL ONAYI.....	75

EK-2 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	76
EK-3 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	79
EK-4 YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS).83	
EK-5 İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ	84
EK-6 COLUMBİA- İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (C-İŞDÖ) UYGULAYICI SERTİFİKASI.....	86
EK 7- HASTA SAĞLIK ANKETİ – SOMATİK, ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ (HSA- SADBÖ)	87



KISALTMALAR

APA: Amerika Psikiyatri Birliği

ark.: Arkadaşları

CANTAB: Cambridge Nörofizyolojik Değerlendirme Bataryası (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery)

CGT: Cambridge Kumar Testi (Cambridge Gambling Tasks)

C-İşDÖ: Columbia İntihar şiddetini Değerlendirme Ölçeği

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

fMRG: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme

HSA- SADBÖ: Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete, Depresyon Belirtileri Ölçeği

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

İED: Boyutlar Arası Kurulumu Değiştirme (İntra-Extra Dimensional Set Shift)

İOO: İntihar Olasılığı Ölçeği

OFK: Orbitofrontal Korteks

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Ort.: Ortalama

PET: Positron Emisyon Tomografisi

S.S.: Standart Sapma

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SSGİ: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü

SST: Durma Sinyali Testi (Stop Signal Task)

Std.: Standart

SPECT: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 2: Katılımcıların Klinik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo3: İntihar Düşüncesine Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 4: İntihar Girişimine Göre Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 5: Cambridge Gabmling Task (CGT) Skorları ile İntihar Parametreleri İlişkisi

Tablo 6: CANTAB Kurulumu Değiştirme (İED) Skorları ile İntihar Parametreleri İlişkisi

Tablo 7: CANTAB Durma Sinyali Testi (SST) Skorları ile İntihar Parametreleri İlişkisi

Tablo 8: İntihar Düşüncesi Öyküsüne Göre CANTAB Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 9: İntihar Düşüncesi Öyküsüne Göre CANTAB Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Cambridge Gabmling Task (CGT) Skorları ile Y-BOCS Hastalık Şiddeti İlişkisi

Tablo 11: CANTAB İED ve SST Skorları ile Y-BOCS Hastalık Şiddeti İlişkisi

Tablo 12: İntihar Düşüncesine Göre YBOCS Hastalık Şiddeti ve Psikiyatrik Semptomların Karşılaştırılması

Tablo 13: İntihar Girişimine Göre YBOCS Hastalık Şiddeti ve Psikiyatrik Semptomların Karşılaştırılması

Tablo 14: Yürütücü İşlevler ve İntihar Parametreleri Kısmi Korelasyonu

Tablo 15: Yürütücü İşlevler ve Hastalık Şiddeti Parametreleri Kısmi Korelasyonu

ÖZET

Amaç: Yapılan güncel çalışmalar OKB'nin, eşlik eden komorbid psikiyatrik hastalıklardan bağımsız olarak artmış intihar riski ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir. OKB sıklıkla kronik gidişli, yüksek komorbidite varlığı ve tedavi direnci ile karakterize bir bozukluk olmasına rağmen, obsesif-kompulsif hastalarda intihar davranışı ve risk faktörleri yeterince araştırılmamıştır. Bilişsel fonksiyonlardaki bozulma OKB'de çekirdek semptomlar arasında yer almasa da hastalık şiddetini ve işlevselliği büyük ölçüde etkilediği ile ilgili araştırmalar mevcuttur. Araştırmamızın amacı yürütücü işlevlerdeki bozulmanın obsesif kompulsif tanılı hastalardaki intihar riskli ve hastalık şiddeti ile ilişkisini saptayarak, OKB tanılı hastalarda intihar riski ve hastalık şiddeti ilgili nöropsikolojik risk faktörlerini ortaya koymak ve klinik uygulamada bu riski azaltmaya olanak sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya obsesif kompulsif bozukluk tanısıyla takip edilen 60 hasta dahil edilmiştir. Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı özellikte bir çalışmadır. DSM-5 tanı ölçütleri ile OKB tanısını alan hastaların, SCID-5 CV(DSM 5 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ile diğer psikiyatrik eş tanıları belirlenerek dışlama kriterlerini karşılayan hastalar bu klinik araştırmaya alınmamıştır. Çalışmaya araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik form ve çalışmanın değişkenleriyle ilgili veri toplama formu ile Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) uygulanmış olup, öz bildirim ölçekleri olan İntihar Olasılığı Ölçeği (İOO), Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği hastalar tarafından doldurulması istenmiştir. Araştırmaya katılan 60 hastaya yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla klinisyen tarafından Cambridge Nörofizyolojik Değerlendirme Test Bataryası (CANTAB) uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan OKB tanılı hastaların %60'ında yaşam boyu intihar düşüncesi; %21,6'sında ise intihar girişimi olduğu görülmüştür. Araştırmamızda YBOCS obsesyon ve kompulsiyon şiddeti intihar düşüncesi öyküsü olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastalığa eşlik eden tanı düzeyinde olmayan anksiyete ve depresif semptomlar intihar düşüncesi öyküsü olan grupta daha yüksek saptanmıştır.

CANTAB ile yapılan nörokognitif değerlendirme sonucunda OKB hastalarının yürütücü işlevlerden karar verme, kurulumu değiştirme ve yanıt inhibisyonu süreçlerindeki bozulmalar ile hastaların intihar risklerindeki artış arasında aynı yönlü ilişki saptanmıştır. Hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerinin etkisinin ortadan kaldırıldığında dahi; OKB de yürütücü işlevlerdeki bozulmaların hastaların intihar risklerini arttırması ilişkisinin devam ettiği saptanmıştır. OKB hastalarında karar verme süreci ve kurulumu değiştirme yürütücü işlev bozukluğunun hastalık şiddetini arttırdığı ve bu ilişkinin hastaların depresif ve anksiyete semptomlarından etkilenmediği saptanmıştır. OKB hastalarında yürütücü işlevlerden yanıt inhibisyonunun bozulmasıyla hastalık şiddetinin arttığı ancak bu ilişkinin hastaların depresif ve anksiyete semptom artışı ile etkilendiği saptanmıştır. İntihar düşüncesi öyküsü olan hastaların, çevresindeki kişilerde intihar girişimi varlığı, intihar düşüncesi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda OKB tanılı hastaların yürütücü işlevlerindeki bozulma ile intihar riski ve hastalık şiddeti artışı arasında aynı yönlü ilişki saptanmıştır. Ayrıca intihar düşüncesi öyküsü olan ve intihar girişimi öyküsü olan hasta grubunda, olmayan gruba göre yürütücü işlev alt birimlerinde bozulmalar tespit edilmiştir. Bulgularımız yürütücü işlev bozukluğunun OKB’de intihar riskinde ve hastalık şiddetinde rolü olduğunu desteklemektedir. Konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi edinilebilmesi ve ilişkinin yönünün belirlenebilmesi için hastalarda uzunlamasına izlem çalışmalarıyla beraber daha geniş örneklem grubunu içeren araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: obsesif kompulsif bozukluk, yürütücü işlev, bilişsel fonksiyon, intihar, hastalık şiddeti

ABSTRACT

Aim: Recent studies indicate that OCD is associated with an increased risk of suicide independent of comorbid psychiatric diseases. Although OCD is a chronic disorder characterized by high comorbidity and treatment resistance, suicidal behavior and risk factors have not been adequately investigated in obsessive-compulsive patients. Although cognitive dysfunction is not one of the core symptoms of OCD, there are several studies on its effects on disease severity and functionality. The aim of our study is to determine the relationship between the impairment in executive functions and the risk of suicide and disease severity in patients with obsessive compulsive disorder, to reveal the neuropsychological risk factors related to suicide risk and disease severity in patients with OCD, and to reduce this risk in clinical practice.

Materials and Methods: Sixty patients with the diagnosis of obsessive compulsive disorder were included in the study. Our study is a cross-sectional and descriptive research. Patients who were diagnosed with OCD with DSM-5 diagnostic criteria, other psychiatric comorbidities were determined by SCID-5 CV (Structured Clinical Interview for DSM 5 Axis I Disorders) and patients who met the exclusion criteria were not included in this clinical study. The sociodemographic form prepared by the researcher, Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS), Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) were applied by the clinician and self-report scales such as Suicide Probability Scale (SPS), Patient Health Questionnaire- Somatic, The Anxiety and Depression Symptoms Scale were asked to be completed by the patients. The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) was applied by the clinician to 60 patients participating in the study in order to evaluate their executive functions.

Results: Among the patients with OCD who participated in the study, 60% of them have life-long suicidal ideation and 21.6% of them have attempted suicide. In our study, the severity of YBOCS obsessions and compulsions were found to be higher in the group with a history of suicidal ideation. In addition, non-diagnostic anxiety and

depressive symptoms accompanying the disease were found to be higher in the group with a history of suicidal ideation. As a result of the neurocognitive evaluation performed with CANTAB, a positive correlation between the impairments in the executive functions of OCD patients in decision making, set-shifting, response inhibition and the increase in the suicide risk of the patients was identified. Even the effects of anxiety and depression symptoms of the patients are eliminated; it has been identified that the relationship between executive dysfunction in OCD and an increase in the suicide risk of patients continues. The fact that the impairment of decision-making and set-shifting in OCD patients increased the severity of the disease and this relationship was not affected by the depressive and anxiety symptoms of the patients were found. The fact that the severity of the disease increased with the impairment of response inhibition from executive functions in OCD patients, but this relationship was affected by the increase in depressive and anxiety symptoms of the patients were found. The presence of suicide attempt in the relatives of the patients with a history of suicidal ideation was found to be statistically significantly higher than the group without suicidal ideation.

Conclusion: In our study, a positive correlation was found between the impairment in executive functions of patients with OCD and the increase in suicide risk and disease severity. Moreover, the impairment in the sub-units of the executive functions were detected in the patient group which has a history of suicidal ideation and a history of suicide attempt compared to the group who does not have. Our findings support that executive dysfunction has a role in suicide risk and disease severity in OCD. In order to obtain more detailed information on the subject and to determine the direction of the relationship, a study with a larger sample patient group together with longitudinal follow-up studies is required.

Key-words: obsessive compulsive disorder, executive functions, cognitive function, suicide, disease severity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk, tekrarlayıcı obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genelde kronik, kimi zaman da ataklar halinde gidiş gösteren, hastada belirgin sıkıntı ve vakit kaybına neden olan; kişinin günlük işlerinde, işlevselliğinde ve kişiler arası ilişkilerinde önemli ölçüde bozulmaya yol açan ruhsal bir hastalıktır.

Obsesyon ve kompulsiyonlar kişilerin aile, sosyal ve mesleki performanslarında belirgin bozukluklara neden olabileceğinden OKB, dünya çapında en çok yeti yitimine neden olan 10 tıbbi durum arasında yer almaktadır(1). Literatürde daha eski çalışmalarda OKB tanılı hastalarda en sık komorbid psikiyatrik tanı depresyon ve anksiyete bozuklukları olması sebebiyle hastaların intihar davranışındaki risk artışı bu durum ile ilişkilendirilmiştir. Ancak yapılan güncel çalışmalarda OKB'nin komorbid psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak artmış intihar riski ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmiştir(2).

OKB sıklıkla kronik gidişli, yüksek komorbidite birlikteliği ve tedavi direnci ile karakterize bir bozukluk olmasına rağmen, obsesif-kompulsif hastalarda intihar davranışı ve risk faktörleri yeterince araştırılmamıştır. Günümüzde OKB'nin etkileri daha iyi bilinmekle beraber hastalıktaki intihar düşüncesi ve davranışları güncel bir araştırma konusudur. İntihar düşüncesi farklı psikopatolojilere eşlik eden depresif duygulanımla ilişkili olsa da, intihar düşüncesinden girişime geçişte kişinin stresini arttıran ve kendisini engellemesini azaltan eş zamanlı tanı ve durumların kolaylaştırıcı bir faktör olduğu bilinmektedir(3). İntiharın önlenabilir bir ölüm nedeni olması intihar riskinin değerlendirilmesini çok önemli bir konu haline getirmektedir.

Bilişsel fonksiyonlar OKB'de çekirdek semptomlar arasında yer almasa da hastalıkta hastalık şiddetini ve işlevselliği büyük ölçüde etkilediği düşünülmektedir. Günümüzde OKB'de dominant model olarak prefronto-striatal döngünün saptanması hastalıkta yürütücü işlevlerin rolünün araştırılmasına yol açmıştır. Nöropsikiyatrik çalışmaların çoğu OKB hastalarının yürütücü işlev performans testlerinin sağlıklı kontrollere kıyasla daha bozuk olduğunu göstermektedir(4).Yürütücü işlevde

bozulmanın hastalığın bilişsel esneklikte azalma ve uzun süreli tekrarlayıcı davranışlar gibi kardinal belirtilerine katkı sağladığı düşünülmektedir(5). Yapılan çalışmalarda OKB’de yürütücü işlevlerden kurulumu değiştirme, yanıt inhibisyonu ve karar verme fonksiyonlarında bozulmalar saptanmıştır.

Yaptığımız literatür araştırmasında OKB tanılı hastalarda yürütücü işlevlerdeki bozulma ile hastaların intihar riski ilişkisinin araştırıldığı bilimsel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda; araştırmamızın amacı yürütücü işlevlerdeki bozulmanın obsesif kompulsif tanılı hastalardaki intihar riskli ile ilişkisini saptayarak, OKB tanılı hastalarda intiharla ilgili nöropsikolojik risk faktörlerini ortaya koymak ve klinik uygulamada bu riski azaltmaya olanak sağlamaktır. Sonuçlarla hastalardaki intihar riskine kognitif rehabilitasyonu hedef alan tedavi stratejileriyle katkı sunabilmektir. Son olarak yürütücü işlevlerdeki bozulmanın intihar davranışı ile ilgili önemli bir belirteç ve risk faktörü olduğunu belirleyerek literatüre katkı sağlayabilmektir.

Çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Hipotez 1: Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda yürütücü işlevlerdeki bozulmanın intihar riski üzerinde pozitif yönde olacak şekilde etkisi vardır

Hipotez 2: Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda yürütücü işlevlerdeki bozulmanın hastalık şiddeti üzerinde pozitif yönde olacak şekilde etkisi vardır.

Hipotez 3: Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda hastalık şiddetinin artması hastaların intihar düşüncesi ve davranışı riskini arttırmaktadır.

Hipotez 4: Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda intihar riski, yürütücü işlevlerden en çok yanıt inhibisyonu ve karar verme ile ilişkili olarak etkilenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Obsesif kompulsif bozukluk, tekrarlayıcı obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genelde kronik, kimi zaman da ataklar halinde gidiş gösteren, hastada belirgin sıkıntı ve vakit kaybına neden olan; kişinin günlük işlerinde, işlevselliğinde ve kişiler arası ilişkilerinde önemli ölçüde bozulmaya yol açan ruhsal bir hastalıktır(6).

Obsesyon istem dışı olarak zihne gelen ve benliğe yabancı (ego-distonik) nitelikte olan, yineleyici ve girici (intruzif) özellikteki düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir. Kompulsiyon ise obsesyonun yarattığı rahatsızlığı ve kaygıyı gidermek üzere yapılan tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir(7).

İlk olarak 1866 yılında Morel obsesyon terimini kullanmıştır. Janet fobi, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan tabloyu “psikasteni” olarak isimlendirmiştir. Freud ise, ruhsal neden ve psikodinamik düzeneklerin farklı olduğunu göstererek obsesif kompulsif ve fobik nevrozu ayrı olarak ele almıştır(8).

OKB, yapılandırılmış psikiyatrik sınıflandırmalara 1980’de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir. DSM-III’de obsesyon ve kompulsiyonların ayrımı net bir şekilde yapılırken; belirtilerin özellikleri ve en yaygın olarak görülenleri tanımlanmıştır. DSM-IV TR’de (2000) “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında sınıflandırılan OKB, DSM-V sınıflamasında bu başlıktan çıkarılıp “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” altında sınıflandırılmıştır(7).

2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma

Obsesif kompulsif bozukluk DSM-5'te "OKB ve İlişkili Bozukluklar" adlı yeni bir bölümde tanımlanmıştır.

OKB DSM-5 tanı ölçütleri:

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir kompulsiyonu yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. El yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. Dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).
2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışların ya da zihinsel eylemlerin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Obsesyon – kompulsiyon belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

•İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

•İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

•İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz

•Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

Obsesif kompulsif bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı Internal Classification of Disease (ICD-10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F-42 kodu ile "Nevrotik, Stresle İlişkili ve Somatoform Bozukluklar" başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar:

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurların (ruminasyonların) baskın olduğu tip

F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip

F42.8 Başka obsesif kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.3.Epidemiyoloji

OKB'nin yaşam boyu prevalansı %2,3, 12 aylık prevalansı ise %1,2 olarak saptanmıştır(9).Yapılan başka çalışmada yaşam boyu prevalans %1,3; 12 aylık

prevalans %0,54 olarak belirtilmiştir(10). Ülkemizde yapılan araştırmalarda OKB prevalansı; Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında 1 yıllık %0,5, Konya’da yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu %3 olarak saptanmıştır(11)(12).

Bazı çalışmalarda erişkin yaşta hastalık görülme sıklığında cinsiyet farkı bulunmadığı bildirilmişken, diğer çalışmalarda kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Çocuk ve ergen popülasyonda ise erkeklerin kadınlara göre 1,5-2,5 kat daha sık etkilendiği ve erkek hastalarda tik bozukluklarının daha sık eşlik ettiği bildirilmiştir(9).

OKB yaygın olarak geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır, ortalama başlangıç yaşı yirmili yaşlar olarak saptanmıştır. Ancak şikayetler başladıktan sonra profesyonel yardım için sağlık kuruluşuna başvuru ortalama 10-15 yıl alabilmektedir(13).

2.1.4.Etiyoloji

2.1.4.1.Genetik

OKB’nin kesin etiyolojisi bir çok ruhsal bozukluk gibi bilinmemekle beraber yapılan aile ve ikiz çalışmalarından bulunan sonuçlara göre hastalığın genetik ve çevresel faktörlerin kompleks etkileşimi sonucunda oluştuğu bilinmektedir(14). 37 ikiz örneklem ile yapılan bir meta-analiz çalışmasında, obsesif kompulsif belirtilerin çoklu genetik faktörlerin eklemeli etkisi ve paylaşılmayan çevrenin epigenetik etkisinin kombinasyonu sonucu ortaya çıktığı belirtilmiştir(15). Yapılan ikiz çalışmalarında monozigot ikizlerde eş hastalanma oranı %80-87, dizigot ikizlerde ise %47-50 olarak saptanmış; kalıtılabilirlik obsesif kompulsif semptomlar için %47 olarak bulunmuştur(16)(17). OKB hastalarında yapılan aile çalışmalarında, ailesel kümelenmeyi destekleyici veriler bulunmuş; ayrıca OKB riski erken başlangıç gösteren ailelerde geç başlangıç gösteren ailelere kıyasla 2 kat daha yüksek çıkmıştır(18). OKB’de henüz evlat edinme çalışması yapılmamıştır.

Moleküler genetik çalışmaları OKB’nin patofizyoloji, farmakoloji ve tedavi yanıtı mekanizmalarından yola çıkılarak araştırılmaktadır. Serotonerjik, glutamaterjik

ve dopaminerjik sistemlerin yolaklarında yer alan gen çalışmalarında bazı genlerin OKB'nin ortaya çıkmasında önemli etkisi olduğunu göstermektedir. Sonuçlar OKB'nin açığa çıkmasında farklı genlerin rol aldığı poligenetik bir etkileşim mekanizması olduğu yönündedir. Erken başlangıçlı ve tik ilişkili OKB'nin ortaya çıkışında genetik faktörler daha ön planda gözükmektedir(19).

2.1.4.2.Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları, OKB'nin nörobiyolojisinde yer alan fronto-subkortikal yolakları belirleyerek hastalığın patofizyolojisini aydınlatmakta önemli bir rol oynamaktadır. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG), PET, SPECT ile yapılan görüntüleme çalışmaları OKB hastalarını sağlıklı kontrollerle karşılaştırarak, hastaların tedavi öncesi ve sonrası beyin görüntülemelerini karşılaştırarak ve hastalara semptom provakasyonu yapılarak elde edilmektedir(20).

Fonksiyonel ve yapısal nörogörüntüleme çalışmaları, OKB'nin patofizyolojisinde kortiko -striato- talamo-kortikal devrelerin rol aldığını göstermektedir. OKB'nin en sık kabul gören nöroanatomik modelinde, doğrudan ve dolaylı kortiko-striato-talamik zincir bulunmaktadır. Hastalıkta Striatuma ulaşan sinyallerin globus pallidus internadan substansiya nigra pars retikulataya ve daha sonra talamusa iletildiği ve talamusun uyarılmasını sağlayan doğrudan halka aktivitesi artmakta; uyarıları striatumdan sonra globus pallidus eksterna ve subtalamik çekirdeğe ileten ve talamusun baskılanmasını sağlayan dolaylı halka aktivitesi azalmaktadır. OKB'de yanıt inhibisyonu gerçekleşmediğinden, bu görevi oluşturan anterior-lateral orbitofrontal korteksten başlayan ve ventromedial kaudata uzanan devrenin bozukluğunun tekrarlayıcı karakterdeki semptomlara yol açtığı düşünülmektedir. Uyarana yanıt olarak doğrudan halka sabit, otomatik ve kalıplaşmış davranışlara sebep olmakta, dolaylı halka ise devam eden davranışı durdurmada ve başka davranışa geçilmesinde yetersiz kalmaktadır(21).

OKB nörogörüntüleme araştırmaları gözden geçirildiğinde tüm çalışmalarda ortak bir sonuç olmasa da özellikle hastalığın patofizyolojisinde orbitofrontal korteks, anterior singulat girus, kaudat ve talamus devrelerinin yol aldığı bilinmektedir(22).

Nörogörüntüleme çalışmalarında yapılan güncel meta analizde OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre özellikle OFK ve kaudat başında artmış metabolizma olduğu saptanmış diğer beyin alanlarında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır(23).

2.1.4.3.Nörokimya

Serotonerjik Sistem

Serotonin orta beyin bölgesindeki rafe çekirdeğinden salgılanan; duygudurum, davranış, biliş, yeme davranışı, uyku, üreme ve bir çok motor görevde rol alan önemli bir monoamin nörotransmitterdir(24). OKB’de serotonerjik sistemin rol aldığı ile ilgili hipotezler selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) hastalık semptomlarını yatıştırması ve bu etkinin noradrenerjik ajanlarla elde edilememesi sonucunda oluşmuştur. OKB hastalarında 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptör agonisti olan meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) ile yapılan çalışmalarda belirtilerin artması, bu artışın 5HT1D agonist etkisi olmayan diğer serotonin agonistleri ile yapıldığında ise aynı etkinin görülmemesi, 5-HT1D reseptörünün OKB patofizyolojisinde rol aldığını düşündürmektedir(25). Ayrıca 5-HT1D agonisti olan sumatriptanın OKB hastalarına uygulanmasıyla belirtilerde kötüleşme olması, OKB patofizyolojisinde 5-HT1D reseptör rolünü destekleyen diğer bir bulgudur(26). 5-HT1D, presinaptik bir reseptör olup beyinde yoğun olarak prefrontal bölgelerde ve kaudat bölgesinde bulunur, normal koşullarda serotonin transmisyonun azaltmaktadır. 5-HT1D reseptörünün OKB nöroanatomi açısından önemli bölgelerde yoğun olarak bulunması ve OKB tedavisinin anksiyete bozuklukları ve depresyona oranla daha uzun süre ve yüksek dozda tedavi gereksinimin olduğu gibi 5-HT1D reseptörün desensitizasyonu için daha uzun süre ve yüksek dozda uyarı gerekmesi bu reseptörün OKB’deki rolünü destekleyen diğer bulgulardır(25).

Tedavi görmemiş OKB hastalarında yapılan SPECT çalışmasında orta beyinde 5-HTT serotonin taşıyıcısı yoğunluğunun normal değerlerden yüksek olduğu, tedavi sonrası beyin omurilik sıvısı 5-hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) düzeyinin düştüğü ve bu durumun hastalık belirtilerinde iyileşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(27).

Dopaminerjik Sistem

SSGİ tedavisi ile OKB hastalarında kısmi yanıt görülmesi, bu hastalarda antipsikotik güçlendirme tedavisi ile alınan yanıtın artması yönünde çalışmaların bulunması dopamin hipotezini desteklemektedir. Dopamin nörotransmitterinin OKB patofizyolojisinde prefrontal korteks ve amigdala arasındaki bağlantıyı düzenleyerek rol aldığı düşünülmektedir. OKB hastaları ve sağlıklı kontrollerle yapılan karşılaştırma çalışmaları yüksek dopamin transport dansitelerinin, dopamin reseptörlerinde aşağı regülasyon yaparak sinaptik aralıktaki dopamin konsantrasyonun arttırdığını göstermektedir(28). OKB’de dopaminin rolüne ilişkin ilaç çalışmaları çoğunlukla hayvan çalışmalarından elde edilmiş olup dopamin agonisti veirilen sıçanlarda, OKB’deki kompulsif davranışlara benzer tekrarlayıcı davranışlar gözlemlenmiştir(29). OKB hastalarında yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmasında sağlıklı kontrollere göre bazal gangliyonlarda yüksek dopamin taşıyıcı yoğunluğu bulunmuş, bu yoğunluğun hastaların SSGİ ile tedavi edilmeleri sonrası sağlıklı kontrollerle benzer değerlere gerilediği gösterilmiştir(30). OKB patogenezinde dopamin rolüne ilişkin yapılan çalışmalarda tutarlı sonuçlar alınmış olmasa da dopaminin davranış stimülasyonunda önemli bir rol oynaması OKB’de hastalık belirtilerinin artmış dopamin yolları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir(31).

Glutamaterjik Sistem

Glutamat beyindeki primer eksitator nörotransmitter ve aynı zamanda primer inhibitör olan GABA’nın öncüsüdür. OKB hastalarının yaklaşık %30’unun SSGİ tedavisine yanıtı olmaması hastalığın patofizyolojisinin klasik serotonerjik sistem hipotezi ile tamamen açıklanamadığını göstermektedir. OKB nöromodülasyonunda yer alan kortiko-sitriato-talamo-kortikal döngünün primer eksitator nörotransmitteri olan glutamaterjik sistemin, hastalığın patofizyolojisinde rol aldığı düşünülmektedir. Glutamat sinyalinde ve yenilenmesinde rol alan çeşitli genlerin disfonksiyonunda KSTK döngünün fonksiyonunun bozulduğu, bu durumun da OKB belirtilerine yol açabileceği düşünülmektedir. Glutamat aynı zamanda immün modülasyonda rol almakta olup, OKB’ye sebep olabilen inflamatuvar yollarda rol alabilmektedir. Glutamat korkuyu söndürme ve hafıza oluşturma davranışlarında önemli nörotransmitter olup, glutamaterjik sistem bozukluğunda OKB’deki sıkıntıyı

azaltmaya yönelik tekrarlayıcı kompulsif davranışların görülebileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda lamotrijin, topiramet, riluzol gibi glutamat metabolizmasını arttıran veya glutamatın seviyesini azaltan ilaçlarla kompulsif davranışlarda azalma gözlemlenmiştir. Glutamatın aynı zamanda OKB’de tedavi direncinin oluşmasında rol aldığı ile ilgili araştırmalar mevcuttur(32)(33). OKB hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla beyin omurilik sıvısında glutamat seviyesinin daha fazla olduğunun gösterilmesi OKB’de artmış glutamaterjik yanıtın olduğunu düşündürmektedir(34).

Yapılan bu araştırmalar genel olarak değerlendirildiğinde OKB’de kompulsif davranış patofizyolojisinde glutamaterjik modülasyonun rol aldığı izlenimi edinilmiştir(32).

2.1.5. Klinik Görünüm

OKB’nin klinik görünümünde hastaların büyük bir kısmına obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte eşlik ederken (%90); hastaların bir kısmında sadece obsesyonlar (%28) veya sadece kompulsiyonlar (%20) görülebilmektedir(35). Ayrıca hastaların %33-60’ında birden fazla obsesyon, %38-48’inde ise birden fazla kompulsiyon bulunabilmektedir(36).

OKB tanılı hastalarda görülen obsesyon tipleri sıklık olarak kirlenme/bulaş, kuşku, simetri/düzen, saldırganlık, dinsel, cinsel ve somatik obsesyonlardır. En sık görülen obsesyon %25-50 oranla kirlenme/bulaş obsesyonu, ardından kuşku/emin olamama obsesyonudur. Bunları saldırganlık, simetri/düzen, somatik, cinsel, dinsel obsesyonlar izler(37)(38). Türk popülasyonunda yapılan semptom sıklığı çalışmasında en sık obsesyon çeşidi olarak temizlik/bulaş (%56.7), ikinci sıklıkta saldırganlık (%48.9) saptanmış; bunları sırasıyla somatik, dinsel, cinsel, simetri obsesyonlarının izlediği gözlemlenmiştir(39).

En sık görülen kompulsiyon tipleri kontrol (%28.8), temizlik/yıkama (%26.5), tekrar etme (%11.1), zihinsel kompulsiyonlar (örneğin; zihinsel bur kelimeyi veya duayı spesifik biçimde düşünme) (%10.9), sıralama/simetri (%5.9), biriktirme (%3.5) olarak belirtilmiştir(35). Türkiye’de yapılan çalışmada ise en sık kompulsiyon tipi

temizlik/yıkama (%58.2), sonrasında sıra ile kontrol (%52.5), ritualistik tekrar etme (28.4%) olarak saptanmıştır(39).

2003 yılında Lee ve Kwon tarafından hastalığın sınıflaması için yeni bir model ortaya çıkmıştır. Bu model kapsamında obsesyonlar dış uyarana ihtiyaç duymadan zihinde oluşan, daha çok tekrarlama eğilimine sahip, kişiye daha çok sıkıntı hissi veren “otojen obsesyonlar” ve sıklıkla dış uyaranların tetiklemesiyle ortaya çıkan, kişide daha az sıkıntı ve suçluluk hissi veren “reaktif obsesyonlar” olarak sınıflandırılmıştır. Saldırganlık, dini ve cinsel obsesyonlar otojen obsesyon; kirlenme, emin olamama, simetri obsesyonları ise reaktif obsesyon olarak sınıflandırılmıştır(40).

2.2. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.2.1.Yürütücü İşlevler

Bilişsel fonksiyonlar; yürütücü işlevler, dikkat, bellek, görsel-mekânsal işlevler olmak üzere 4 ana başlığa ayrılmaktadır.

Yürütücü işlevler bir hedefe ulaşmada bilişsel, davranışsal ve emosyonel fonksiyonların düzenlemesi ve kontrol edilmesinden sorumlu karmaşık bilişsel yetenekler olarak tanımlanmaktadır. Kişinin planladığı bir hedefe ulaşmasında ve karar vermesinde ihtiyaç duyduğu problem çözme, planlama, organizasyon, çalışma belleğini kullanma, kurulumu değiştirme ve ketleme gibi fonksiyonları kapsayan yüksek işlevli kognitif fonksiyonlar olarak tanımlanmıştır(41).

Barkley’e göre yürütücü işlevler; inhibisyon, bilişsel esneklik, sözel akıcılık, planlama ve çalışma belleğini içeren beş alt birimde yer alsa da yapılan çalışmalarda üç temel yürütücü işlev olduğu konusunda ortak kanı bulunmaktadır. Bunlar; inhibisyon ve inhibisyonun kontrolü (seçici dikkat ve bilişsel inhibisyon), çalışma belleği ve bilişsel esneklik olarak sınıflandırılabilir. Akıl yürütme, planlama ve problem çözme gibi daha üst yürütücü işlevler bu üç temel işlevlerin bağlantısıyla oluşmaktadır. Sonuç

olarak yürütücü işlevler tüm bu fonksiyonları barındıran karmaşık bir kognitif beceriler yelpazesidir(42).

Yürütücü işlev testleri esnasında yapılan fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında kişilerde frontal lobun aktive olması ve frontal lobda yer alan lezyonlarda hastaların yürütücü işlevlerinde bozulmalar görülmesi, yürütücü işlevlerin bir frontal lob aktivitesi olduğunu gösteren fizyolojik sebeplerdir. Yapılan son çalışmalarda posterior ve subkortikal beyin bölgelerinin yürütücü işlevlerin işlenmesinde, özellikle emosyonların bilişlere entegre edilmesinde görev aldığını göstermektedir. Bu sebeple yürütücü işlevlerin nöroanatomisinden bahsederken prefrontal korteksin rolü yanında bazal gangliyonlar ve serebellumun da bu işlevlerde rol aldığı belirtilmelidir(43).

Frontal lobun üç önemli bölgesi ve bu bölgelerle ilgili farklı işlevleri bulunmaktadır;

Dorsolateral prefrontal korteks (DLPFC): Planlama, organize etme, kurulumu değiştirme, çalışma belleği, problem çözme ve yeni bilgileri işleme koyma gibi görevlerden sorumludur

Orbitofrontal korteks (OFC): Kişinin inhibisyon kaybını önlemekte böylece davranışı ketyebilmektedir. Seçenekler arasında karar vermede görev almaktadır. Dürtü Kontrolünde ve duysal uyarılara dayalı ödüllerin değerinin değerlendirilmesinde görevlidir.

Ventromediyal prefrontal korteks (VMPFC): Emosyonel karar vermede, duygulanımda, bilişsel ve motor etkinliklerin aktive edilmesinde görev almaktadır(44).

2.2.2. Yürütücü İşlevler ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Bilişsel fonksiyonlar OKB’de çekirdek semptomlar arasında yer almasa da, hastalıkta hastalık şiddetini ve işlevselliği büyük ölçüde etkilediği düşünülmektedir. Günümüzde OKB’de dominant model olarak prefronto-striatal döngünün saptanması hastalıkta yürütücü işlevlerin rolünün araştırılmasına yol açmıştır. Yürütücü işlevde

bozulmanın hastalığın bilişsel esneklikte azalma ve uzun süreli tekrarlayıcı davranışlar gibi kardinal belirtilerine katkı sağladığı düşünülmektedir(5). Nöropsikiyatrik çalışmaların çoğu OKB hastalarının yürütücü işlev performans testlerinin sağlıklı kontrollere kıyasla daha bozuk olduğunu göstermektedir(4). 113 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde OKB’de yürütücü işlevlerin tüm alt birimlerinde ve işlem hızındaki bozulma sağlıklı kontrollere göre anlamlı bulunmuş ve etki büyüklüğü orta olarak saptanmıştır(45). 2015 yılında yapılan diğer bir meta-analizde özetle OKB’nin yaygın yürütücü işlev bozukluğuyla ilişkili olduğu ve bu bozukluğun OKB ile birlikte ortaya çıkan depresyon veya genel motor yavaşlama ile açıklanamadığı ortaya konulmuştur(5).

Kurulumu Değiştirme: Kurulumu değiştirme, bir uyarının farklı tarafları veya özellikleri arasında dikkat değiştirebilme becerisidir(46). Kurulumu değiştirme görevler, işlemler ve zihinsel kurulumlar arasında değişiklik yapabilme becerisidir. Bilişsel esneklik bir durum hakkındaki düşünceleri değiştirebilme, problem çözümü için farklı yolları geliştirebilme ve olaylara farklı bakış açıları ile bakabilme becerisidir. Bilişsel esneklik kurulumu değiştirme ile çok fazla benzerlik göstermektedir(47). Klinikte davranışlarda perseverasyon ve yineleme olduğunda bu durumun kurulumu değiştirmedeki bozulma ile ilişkili olduğu bilinmektedir ve bu sebeple bazı araştırmacılar OKB’deki nörokognitif belirtilerin temelini kurulumu değiştirme bozukluklarının oluşturduğunu belirtmektedir(7). OKB çalışmalarında kullanılan kurulumu değiştirme testleri Wisconsin Kart Eşleştirme Testi, Nesne Değiştirme Testi, Bilgisayar Tabanlı İnternal-Eksternal boyutlu kurulumu değiştirme testleri olmakla beraber araştırmaların sonuçları özellikle orbitofrontal işlev bozukluğunu ölçen testlerde kontrollere kıyasla daha anlamlı bozukluk saptandığı yönündedir(48)(49)(50).

Yanıt İnhibisyonu: Değişen taleplerle uyumlu olarak motor yanıtlar üzerindeki yürütücü kontrol ve bilişsel süreçler yanıt inhibisyonu olarak tanımlanmaktadır. OKB'nin temel klinik semptomatolojisinin, belirli uyarıcıları engelleyememe ile ilgili olan tekrarlayan obsesyonel düşünceler ve belirli baskın tepkileri engelleyememe ile ilgili tekrarlayan kompulsif davranışlar olduğu düşünüldüğünde yanıt inhibisyonu OKB’de önemli görünmektedir. Yanıt inhibisyonunun ölçüldüğü başla/dur testlerinde

OKB hastalarının eşleştirilmiş panik bozukluk, sağlıklı kontrol, Tourette bozukluğu hastalarına göre daha bozuk performans sergilediği saptanmıştır(51)(49).

Karar Verme: Yürütücü işlevlerle bağlantılı bir fonksiyon olan karar verme, avantajlı kararlar almak için çevresel bilgileri işleme becerisidir. Kompulsif davranışların, OKB'nin karar verme sürecindeki bozukluklarının klinik yansıması olarak gözlemlenebileceği düşünülmektedir(52). İowa kumar oynama görevi ventromediyal prefrontal hasara duyarlıdır ve gerçek yaşamdaki karar vermeyi test etmektedir(53). Yapılan bir çalışmada OKB hastalarında karar verme bozuklukları saptanmış bu durum OKB'de ventromediyal prefrontal korteks hasarını desteklemiş, ayrıca bu hasarın OKB'de tedavi direnciyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür(54).

2.3. İNTİHAR VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.3.1.İntihar

İntihar kişinin istemli olarak yaşamına son vermesidir. Dünya sağlık örgütünün tanımlamasına göre intihar davranışı; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar durumlarını içermektedir(55).İntihar düşünceleri kişinin kendisini öldürmeyi düşündüğü ve bunun üzerine plan yapabildiği aktif intihar düşüncesi ve plan olmadan sadece ölmüş olmayı dileme olarak tanımlanan pasif intihar düşüncesi olarak sınıflandırılmaktadır. İntihar girişimi ise bir miktar ölme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunmadır. İntihar girişiminde davranış kısmen de olsa kendini öldürme yöntemi olarak düşünülmüştür. Burada herhangi bir yaralanma ya da zarar olması gerekmez, sadece yaralanma ya da zarar görme olasılığı bulunması yeterlidir(3).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) intihar davranışını daha kapsamlı bir yelpazede değerlendirerek düşünce , niyet, girişim, tamamlanmış girişim, davranışın ölümcüllüğü ve intihar niyeti olmayan kendine zarar verici eylem (self mutilatif eylem) olarak sınıflandırmıştır(56). İntihar düşünceleri; eyleme geçmemiş fakat kişinin kendini nerede, ne zaman, nasıl öldüreceği hakkındaki düşünceler ile karakterize niyet ve planlardır. İntihar niyeti; ölmek için kendine zarar verici

davranışta bulunma isteğidir. Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı intihar girişimi, ölümle sonuçlanan ise tamamlanmış intihar ya da intihar olarak adlandırılır(57).

DSÖ verilerine göre her yıl 800.000'e yakın insan intihar nedeniyle ölmekte olup intihar girişiminde bulunanların sayısı çok daha fazladır(55). İntihar tüm ölüm sebepleri içerisinde 15. sırada, 15-29 yaş aralığındaki popülasyonda ise 2. Sırada yer almaktadır. 2016 verilerine göre dünya genelinde saptanmış intihar oranı her 100.000 kişide 10.5 olarak karşımıza çıkmaktadır(58). Her intihar olgusuna karşılık yaklaşık 20 intihar girişimi meydana gelmektedir(55).

İntihar düşüncesi farklı psikopatolojilere eşlik eden depresif duygulanımla ilişkili olsa da, intihar düşüncesinden girişime geçişte kişinin stresini arttıran ve kendisini engellemesini azaltan eş zamanlı tanı ve durumların kolaylaştırıcı bir faktör olduğu bilinmektedir(3). İntiharın önlenabilir bir ölüm nedeni olması intihar riskinin değerlendirilmesini çok önemli bir konu haline getirmektedir.İntihar girişiminde bulunanların %90'dan fazlasında psikiyatrik hastalık tespit edilmiştir (59).

2.3.2.İntihar ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesyon ve kompulsiyonlar kişilerin aile, sosyal ve mesleki performanslarında belirgin bozukluklara neden olabileceğinden OKB, dünya çapında en çok yeti yitimine neden olan 10 tıbbi durum arasında yer almaktadır. OKB'de yaşam kalitesindeki bozulma şizofreni ile benzerdir(1)(60). OKB'de %80'lere varan psikiyatrik komorbidite oranı, hastalığın şiddetinin alevlenmesine neden olan önemli faktörlerdendir(61). Literatürde daha eski çalışmalarda OKB tanılı hastalarda en sık komorbid psikiyatrik tanı depresyon ve anksiyete bozuklukları olması sebebiyle hastaların intihar davranışındaki risk artışı bu durum ile ilişkilendirilmiştir. OKB sıklıkla kronik gidişli, yüksek komorbidite birlikteliği ve tedavi direnci ile karakterize bir bozukluk olmasına rağmen, obsesif-kompulsif hastalarda intihar davranışı ve risk faktörleri yeterince araştırılmamıştır. Günümüzde OKB'nin etkileri daha iyi bilinmekle beraber hastalıktaki intihar düşüncesi ve davranışları güncel bir araştırma konusudur(62).

OKB ve intihar ilişkisini inceleyen güncel meta analizde, son 1 yıl içerisindeki intihar düşüncesi ortalama %21,2, yaşam boyu intihar düşüncesi ortalama %44,23 yaşam boyu intihar girişimi ise ortalama %13,37 olarak saptanmıştır. İntihar davranışı gösteren OKB'lilerin diğerlerine oranla daha yüksek depresif ve anksiyete semptomları barındırdıkları ve başta duygu durum bozuklukları olmak üzere komorbid eksen 1 bozukluklarının hastalardaki intihar riskini arttırdığı saptanmıştır. Komplike olmayan OKB'deki intihar riskinde, emosyonel ve kognitif faktörlerin araştırılması gerektiği belirtilmiştir(63). Hollander ve arkadaşlarının ABD'de yaptığı 18571 katılımlı epidemiyolojik çalışmaya göre psikiyatrik komorbid tanısı olmayan OKB tanılı hastaların normal popülasyona göre intihar girişiminde 3.2 kat daha fazla riske sahip olduğu bulunmuştur(64). İsveçte 44 yıllık süreçte 32005 OKB tanılı hastanın incelendiği kohort çalışmasında hastaların %11,68'i izlem sırasında en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş, %1,48'i ise intihar sonucu ölmüştür. İntihar eden OKB tanılı hastaların %43,49 unda ek psikiyatrik komorbidite bulunamamıştır. Hastaların ek psikiyatrik tanıları normal popülasyonla eşlendiğinde OKB popülasyonunda intihar girişimi 4.2 kat daha fazla saptanmıştır. OKB'nin komorbid psikiyatrik hastalıktan bağımsız olarak artmış intihar riski ile ilişkili olduğuna dikkat çekilmiştir(2).

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri klinik ve polikliniğinde Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısıyla takip edilen, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, 72 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışma ile ilgili bilgilendirilmiş onam formunu imzalamayı kabul eden hastaların, sosyodemografik ve klinik verileri araştırmacı tarafından toplanmıştır. Hastaların OKB tanıları DSM-5 tanı ölçütleri ile kesinleştirilmiş, diğer psikiyatrik tanılarının dışlanması için SCID-5 CV (DSM 5 Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulanmış, dışlama kriterlerindeki tanı varlığında bu kişiler çalışmaya alınmamıştır.

SCID-5 CV ile değerlendirildiğinde 2 hastanın tanısı psikotik bozukluk, 6 hastanın major depresif bozukluk eş tanısı olması sebebiyle bu hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. 4 hasta nörofizyolojik test bataryasını yarıda bıraktığı için çalışmaya dahil edilememiştir. Toplamda çalışmaya 60 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik form ve çalışmanın değişkenleriyle ilgili veri toplama formu ile Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) uygulanmış olup, öz bildirim ölçekleri olan İntihar Olasılığı Ölçeği (İOO), Hasta Sağlık Anketi- Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği hastalar tarafından doldurulması istenmiştir. Araştırmaya katılan 60 hastaya klinisyen tarafından Cambridge Nörofizyolojik Değerlendirme Test Bataryası (CANTAB) uygulanmıştır. CANTAB kişilere sessiz bir odada uygulanmıştır. Her test için bataryada bulunan İngilizce uygulama talimatları öncesinde Türkçe'ye çevrilmiş ve kişiler her testten önce bu talimatlar doğrultusunda bilgilendirilmiştir. Tüm katılımcılara aynı kurallar iletilmiştir. Kişilere testler boyunca uygulayıcı hekim eşlik etmiş olup, tüm testlerin uygulanması aynı hekim tarafından yapılmıştır. Katılımcılara

CANTAB bataryasında bulunan 3 test uygulanmıştır. Uygulanan testlerin tamamlanma süresi yaklaşık 2,5 saat kadardır.

Tez çalışmasının herhangi bir aşamasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışmanın izni, aynı hastanenin etik kurulu tarafından 30/11/2020 tarih ve 45 No.lu kararı ile alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

- 1-Katılımcının DSM-5'e göre OKB tanısını alması,
- 2-Katılımcının 18-65 yaş arasında olması,
- 3-En az 5 yıllık öğrenim görmüş olması,
- 4-Katılımcının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması ve gönüllü olur formunu imzalamış olması.

Araştırmadan Dışlama Ölçütleri:

- 1-Geçirilmiş kafa travması, kognisyonu ve motor fonksiyonları bozabilecek genel duruma bağlı nörolojik veya tıbbi hastalığı bulunması,
- 2-Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olması,
- 3- Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalığı olması,
- 4-Katılımcıda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı olması,
- 5-Katılımcının, OKB tanısı dışında Psikotik bozukluk, Bipolar bozukluğu, Orta ve ağır derecede depresif bozukluk, Orta ve ağır derecede anksiyete bozukluğu tanısının olması.

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler açıklanırken ortalama, standart sapma, ortanca değerler kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen (nonparametrik) değişkenler iki grup arasında analiz yapılırken Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasında analiz yapılırken Kruskal Wallis Testi

kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Onam ve Bilgilendirme

Tüm katılımcılara, klinik görüşme ve uygulamaların öncesinde etik kurul tarafınca uygun bulunan bilgilendirilmiş onam formu verilerek, kişilere çalışma hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmış ve sonrasında tüm katılımcıların imzalı onamları alınmıştır.

3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılacak olan kişilerin özellikleri ve çalışmanın amacı gözetilerek araştırmacı tarafından hazırlanmış olan veri toplama formudur ve 23 sorudan oluşmaktadır.

3.3.3. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCİD-5-CV)

DSM-5 tanılarını koymak için oluşturulan DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), yarı yapılandırılmış bir değerlendirme formudur. Bu görüşmenin uygulaması DSM-5 sınıflandırmasını ve tanı ölçütlerini bilen klinisyenler veya eğitim görmüş ruh sağlığı uzmanları tarafından yapılabilmektedir. SCID-5'in Türk toplumu için geçerlilik, güvenilirlik ve uyarlama çalışması 2019 senesinde Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır(65). SCİD-5-CV, hastaların araştırmamızdan dışlama ölçütlerinde yer alan ek psikiyatrik tanıları koymak amacıyla kullanılmıştır.

3.3.4. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)

Goodman ve ark. tarafından geliştirilen OKB tanılı hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin türünü ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen bir ölçektir(66)(67). Toplam 19 maddeden oluşan ve görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir değerlendirmedir. Ölçeğin puanlamasında semptom şiddeti için ilk 10 madde kullanılmaktadır. İlk 5 soru obsesyon şiddetini, 6-10. Soru ise kompulsiyon

şiddetini değerlendirmektedir. 11. Soru hastalarda içgörü derecelendirmesi yaparak 1-4 arasında bir puanlama verir. Ölçeğin yanında hastaların obsesyon ve kompulsiyon semptom çeşidini ve dağılımını saptamak amacıyla semptom kontrol listesi de bulunmaktadır. Ölçeğin Türk toplumundaki geçerlilik, güvenilirlik ve uyarlaması Karamustafalıoğlu ve ark. ve Tek ve ark. tarafından 1993 senesinde yapılmıştır(68). Y-BOCS, araştırmamızda OKB tanılı hastaların hastalık şiddetinin değerlendirilmesi amacıyla görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

3.3.5. Columbia- İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)

Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği/C-İŞDÖ), intihar riskinin değerlendirilerek derecelendirilmesini sağlayan yapılandırılmış bir görüşme formatıdır. İntihar düşüncesini, bu düşüncelerin yoğunluğunu, İntihar davranışını ve intiharlar girişimlerinin ciddiyetini araştıran 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek Posner ve ark. tarafından geliştirilmiş, farklı örneklem gruplarında geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır(69). Ölçeğin Türk toplumundaki geçerlilik Güvenilirlik ve uyarlama çalışması 2015 yılında yapılmıştır(70).

Ölçeğin ilk bölümünde pasif ölme isteğinden, belirli bir plan barındıran aktif intihar düşüncelerine kadar artan şiddette intihar düşüncelerini araştıran 5 soru mevcuttur. Eğer ölçeğin ilk bölümünde intihar düşüncesi tespit edilirse ikinci bölümde bu düşüncelerin sıklığı, düşüncelerin süresi, düşüncelerin kontrol edilebilirliği, caydırıcı faktörler (ölüm acısı, dini inanç, aile gibi) ve intihar düşüncelerin nedenlerini (başkalarının dikkatini çekmek, çektiği acıya son vermek gibi) sorgulanır ve puanlanır. Ölçeğin üçüncü bölümünde intihar girişimleri değerlendirilir. Bir miktar ölme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan gerçek girişimler, dış koşullar veya kişiler tarafından engellenen girişimler, kişinin kendi kendini durdurduğu girişimler ve bu girişimler öncesinde hazırlık yapıp yapılmadığı sorgulanır. Ölçeğin son bölümünde ise gerçekleşmiş girişimlerin ölümcüllük seviyeleri değerlendirilir. C-İŞDÖ, araştırmamızda OKB tanılı hastalarının intihar riski şiddetinin güncel ve yaşam boyu olarak değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.3.6. İntihar Olasılığı Ölçeği (İOO)

Umutsuzluk, olumsuz kendilik değerlendirmesi, düşmanlık ve intihar düşüncesi olmak üzere toplam dört alt ölçekten oluşan İntihar Olasılığı Ölçeği (İOO) toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte her bir soru için “hiçbir zaman ya da nadiren”, “bazen”, “sık sık” ve “çoğu zaman ya da her zaman” seçeneklerinden birinin seçilmesi istenmektedir. Puanlama her madde için 1-4 arasında olup toplam puan 36-144 arasındadır. Ölçekten elde edilen toplam puan araştırmacıya kişinin intihar girişiminde bulunup bulunmayacağını değil ne kadar bir olasılıkla intihar girişimde bulunabileceği hakkında bilgi vermektedir Ölçek, Cull ve Gill tarafından 1988 yılında tanımlanmış ve Türk toplumundaki geçerlilik, güvenilirlik ve uyarlaması Eskin ve ark. tarafından yapılmıştır(71)(72). İOO, araştırmamızda OKB tanılı hastalarının intihar riskinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.3.7. Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA- SADBÖ)

Major depresif bozukluğun 9 alanını değerlendiren PHQ-9, 7 temel anksiyete semptomlarını değerlendiren GAD-7, somatik semptomları değerlendiren PHQ-15 ve kaygı ataklarını değerlendiren P-5 alt ölçeklerinden oluşur. Hasta tarafından doldurulan öz bildirimli bir ölçektir. Hasta Sağlık Anketi – Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği, Kroenke ve ark. tarafından geliştirilmiş, Türk toplumundaki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır(73)(74). HSA-SADBÖ, araştırmamızda hastaların tanı düzeyinde olmayan somatik, anksiyete ve depresif belirtilerini saptamak amacıyla kullanılmıştır.

3.3.8. Cambridge Nörofizyolojik Değerlendirme Bataryası (CANTAB-The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery)

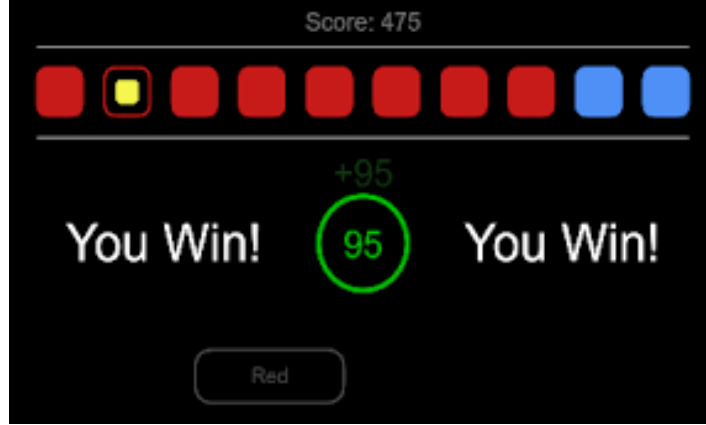
Cambridge nörofizyolojik değerlendirme bataryası (CANTAB), dokunmatik ekran teknolojisi ile dil bağımsız testler içeren, hızlı, hassas, uygulayıcı bağımsız bilişsel değerlendirme sağlayan ve psikiyatrik hastalıklardaki bilişsel bozuklukların saptanmasında geçerliliği kanıtlanmış bir testtir(75). CANTAB yürütücü fonksiyonlar,

dikkat ve psikomotor hız, bellek, emosyonel ve sosyal kognisyonu ölçen alt testleri içermektedir. CANTAB 1980 yılında Cambridge Üniversitesinde Sahakian ve Robbins tarafından geliştirilmiş, günümüzde dünyada en yaygın kullanılan bilgisayar temelli kognitif değerlendirme bataryasıdır(76). CANTAB araştırmamızda geleneksel kognitif ölçeklere kıyasla uygulayıcı bağımlı olmaması, daha hassas ölçümler yaparak erken kognitif bozuklukları saptayabilmesi amacıyla kullanılmıştır(77). Araştırmamızda CANTAB'in yürütücü işlevleri ölçen 3 alt testi kullanılmıştır.

CANTAB Cambridge Kumar Testi (Cambridge Gambling Tasks-CGT):

Cambridge kumar testi (CGT), katılımcıların öğrenme becerileri dışlanarak karar verme ve risk alma davranışlarını değerlendirir. Buradaki risk alma davranışı bilişsel risk alma olarak adlandırılan motor dürtüsellikten ayrı bir kavramdır, çünkü test esnasında riskli bahis yapmak isteyen katılımcı bu bahis gerçekleştirmek için daha uzun süre beklemek zorundadır.

Test yaklaşık olarak 30 dk sürmektedir. Kişiyne yönergeler okunduktan sonra bilgisayar ekranının üst kısmında toplamda 10 adet olan, her seferinde farklı oranlarda beliren kırmızı ve mavi kutulardan birinin içinde bulunan sarı renkteki altını renk tahmini yaparak bulması istenir. Kişi renk terciğini yaptıktan sonra ekranın ortasında tahmini doğru ise kazanacağı tahmini hatalı ise kaybedeceği bahis puanları belirir. Testin ilk kısmında bu puanlar artan sıra ile ikinci kısmında ise azalan sıra ile görünür. Kişiyne testin başında 100 puan verilerek testin sonunda en yüksek puanı elde etmeyi amaçlaması istenir.



Şekil 1: CANTAB CGT Görseli

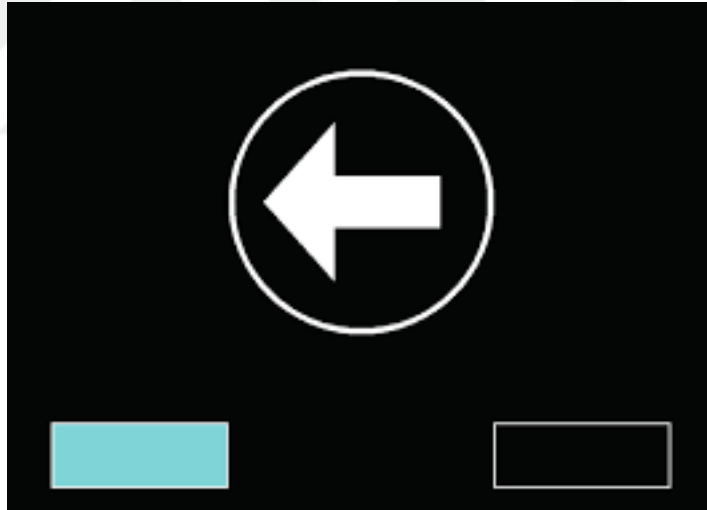
CANTAB CGT’de ölçülen parametreler:

- CGT Karar vermenin kalitesi (Quality of decision making): Kişinin olma olasılığı yüksek olan sonuçları seçerek yaptığı bahislerin oranıdır. Yüksek skor karar verme kalitesinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçülen en önemli parametrelerden biridir.
- CGT Risk ayarlama (Risk adjustment): Kişiler, olasılıklar güçlü bir şekilde lehine olduğunda, daha yüksek puanlara kumar oynayacaktır. Bu ölçüm, kişilerin seçtiği renklerin yüksek farkla çoğunluk olduğunda, seçtiği rengin daha az çoğunluk olduğu ele göre daha yüksek bahis oynama eğilimini yansıtır. Kişinin riskli durumlarda kararlarını yönlendirebilme yeteneğini gösterir. Ölçülen en önemli parametrelerden biridir. Yüksek puanlar daha iyidir.
- CGT Karar verme süresi (Mean decision time): Kutucukların görünme zamanı ile bahise karar verme zamanı arasında geçen süredir. Milisaniye ile ölçülür. Düşük skorlar daha iyidir.
- CGT Risk alma (Risk taking): Kutuların renk dağılımının eşit olmadığı koşullarda kişinin kaybetme ihtimalinin daha yüksek olduğu bahis oranlarını saptayarak raporlar. Yüksek skorlar daha çok risk alma ile ilişkilidir.
- CGT Erteleme kaçınması (Delay aversiyon): Kişinin geciken daha büyük ödüller yerine anında küçük ödülleri tercih ettiği davranışsal eğilimdir. Karar impulsivitesi olarak tanımlanır. Karmaşık puanlama yöntemi vardır. Yüksek puanlar kişinin erteleme kaçınmasının fazla olduğunu gösterir.

CANTAB Durma Sinyali Testi (Stop Signal Task-SST):

Katılımcının yanıt inhibisyon yeteneğini ölçen klasik stop sinyal reaksiyon zamanı testidir. Kişinin otomatik yanıtlarını inhibe edebilme yeteneğini ölçer. SST’de yeterli inhibisyonun olmasında prefrontal korteks ve bazal gangliyalarda arasındaki bağlantının rol aldığı düşünülmektedir(78). İnhibisyon kontrolü bozulmuş olan kişilerde SST performansları bozulmaktadır(79).

Test yaklaşık olarak 20 dk sürmektedir. Kişiyi yönergeler okunduktan sonra bilgisayar ekranının orta kısmında bir ok belirir ve kişiden ok hangi yönü gösteriyor ise o taraftaki butona olabildiğince hızlı basması istenir. Alıştırma evresi ardından eğer engelleyici ‘bip sesi’ duyulursa kişinin butonlara basmayarak durması gerekmektedir. Bip sesi duyulduğu halde kişi butona basarsa ekranda uyarı görseli belirir. Her aşama sonrasında kişinin hızı değerlendirilir ve bir sonraki denemede daha hızlı veya yavaş yapması gerektiği geribildirimi verilir.



Şekil 2: CANTAB SST Görseli

CANTAB SST’de ölçülen parametreler:

- SST Durma Sinyali Reaksiyon Zamanı (SSRT): Yap sinyali ile dur sinyali arasında, kişinin denemelerde yanıtlarının %50’sini başarı ile durdurabildiği tahmini ortalama zamanı ölçer. İnhibitör süreçleri incelemekte en yaygın kullanılan testlerdendir. Yanıt vermek için gereken süre ne kadar kısaysa (yani

daha hızlı yanıt), daha iyi performansı gösterir. Bu alt testte, düşük puanlar daha iyi performans gösterir.

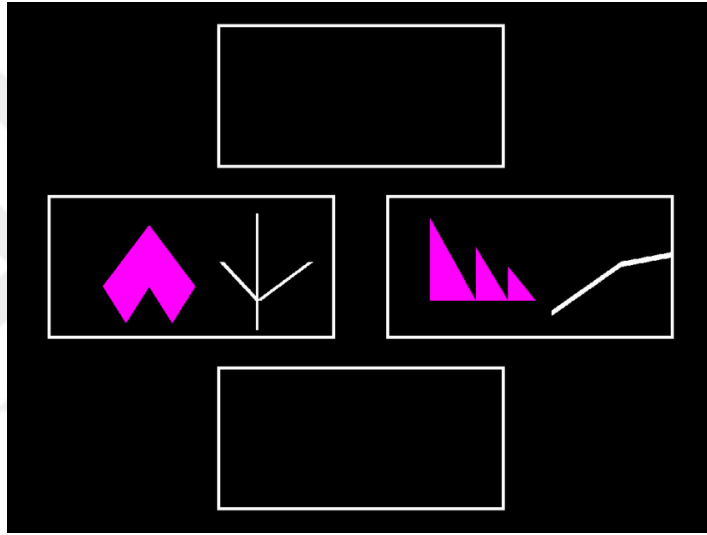
- SST Yön Hataları (Direction Errors): Katılımcının yanlış düğmeye bastığı her deneme, bir yön hatası olarak sayılır. Düşük puan daha iyi sonucu gösterir. Durma sinyali ve yapma sinyali için ayrı ayrı hesaplanır.
- SST Ortalama Reaksiyon Zamanı (Median reaction time): Katılımcının test esnasındaki ortalama yanıt süresidir. Yapma sinyali, yapma sinyali sonrası gelen yapma sinyali, dur sinyali sonrası gelen yapma sinyali için ayrı ayrı hesaplanır. Düşük puan daha iyi performansla ilişkilidir.

CANTAB Boyutlar Arası Kurulumu Değiştirme (Intra-Extra Dimensional Set Shift-IED):

Kurulumu değiştirme; görevler, işlemler ve zihinsel kurulumlar arasında değişiklik yapabilme becerisidir. İED, ters öğrenme, kural edinme, ve kurulumu değiştirmeyi ölçen bir testtir. İED, Wisconsin Kart Eşleştirme Testi (WKET) eşdeğeri olup uygulaması WKET'e göre daha kolaydır ve WKET'ten sonra modellenmiştir. Yürütücü işlevlerden biri olan kurulumu değiştirme prefrontal korteks bütünlüğüne işaret eder.

Test yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir. Kişiyi test ile ilgili yönergeler açıklanmasının ardından kişiden başlarda basit sonrasında kompleks uyaranları içeren (renk dolu şekiller ve beyaz çizgiler) iki karttan birinin seçilmesi istenir. Geri bildirim, kişiyi hangi uyaranın doğru olduğunu öğretir ve altı doğru yanıtta sonra uyaranlar ve/veya kurallar değişir. Bilgisayar bir kurala göre doğru veya yanlış demektir ve katılımcılardan bu kuralı öğrenmeleri beklenir. Katılımcılar belli sayıda doğru yanıtı peşpeşe verdikten sonra bilgisayar kuralı değiştirir ve yeniden katılımcıların bu değişen kuralı öğrenmeleri amaçlanır. Katılımcılar deneme yanılma yoluyla kuralları öğrenmelidir.

IED görevi, katılımcının bir dizi ikili alternatif arasında bir kurala göre seçim yapmayı kavramasını gerektirir. Test basit bir seçim göreviyle başlayan 9 aşamadan ve sonrasında bir kuralın tersine çevrilmesinden oluşur. Daha iyi performans kural değişmedikçe yeni ve alakasız kurulumla aldırış etmemeye bağlıdır. 'İçsel boyutlu kurulumu değiştirme' (IDS) aşamasında, katılımcılar önceki ilgili kurulum örneklerine cevap vermeye ve ilgisiz kurulumu görmezden gelmeye devam etmelidirler. Kuralın değişmesinin ardından 'dışsal boyutlu kurulumu değiştirme' (EDS) safhasına gelindiğinde bu aşamada, katılımcı daha önce alakasız olan kurulumun şimdi alakalı olduğunu ve daha önce uygun olan kurulumun artık önemsiz olduğunu kavramalıdır.



Şekil 3: CANTAB İED Görseli

CANTAB İED’de ölçülen Parametreler:

- EDS Hataları (İED EDS Errors): Testin dışsal boyutlu aşamasında yapılan hataların sayısıdır. Düşük puan daha iyi performansla ilişkilidir. Ölçülen en önemli parametrelerden biridir.
- Toplam Hata (İED Total Errors): Katılımcının verdiği hatalı yanıt toplamıdır. Düşük puan daha iyi performansla ilişkilidir. Ölçülen en önemli parametrelerden biridir.
- Toplam Deneme (İED Total Trials): Tüm Test aşamalarında tamamlanan deneme sayısıdır. Düşük puan daha iyi performansla ilişkilidir.

- Toplam Gecikme (İED Total Latency): Katılımcının cevap verme süresidir.



4.BULGULAR

Araştırmaya SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniğinde Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısıyla takip edilen, dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan 60 hasta dahil edilmiştir.

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $32,07 \pm 9,38$, ortalama eğitim düzeyi yılı $11,55 \pm 3,42$ olarak saptanmıştır. Katılımcıların %60'ı (n=36) kadın, %40'ı (n=24) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların %35'i hiç çalışmamış, %30'u halen çalışıyor iken %28,3'ü işinden ayrılmıştı. Katılımcıların %48,3'ünün bekar, %40'ının evli, %11,6'sının boşanmış veya ayrı yaşamakta olduğu saptanmıştır. Katılımcıların gelir düzeyleri sorgulandığında hastaların %45'inin düzenli bir gelirin olmadığı, %25'inin düşük, %28,3'ünün orta, %1,6'sının ise yüksek geliri olduğu görülmüştür. Hastaların %90'ı ailesi ile, %8,3'ü yalnız yaşamakta idi.

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi

	Ort. $\pm$ Sd.	min	max
Yaş	$32,07 \pm 9,38$	18	57
Eğitim Düzeyi (yıl)	$11,55 \pm 3,42$	3	17
		n	%
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	36	60,0
	<i>Erkek</i>	24	40,0
Çalışma Durumu	<i>Hiç Çalışmamış</i>	21	35,0
	<i>İşinden Ayrılmış</i>	17	28,3
	<i>Halen Çalışıyor</i>	18	30,0
	<i>Diğer</i>	4	6,6
Medeni Hali	<i>Evli</i>	24	40,0
	<i>Bekar</i>	29	48,3
	<i>Boşanmış/Ayrı Yaşıyor</i>	7	11,6
Gelir Düzeyi	<i>Düzenli Gelirim Yok</i>	27	45,0
	<i>Düşük</i>	15	25,0
	<i>Orta</i>	17	28,3
	<i>Yüksek</i>	1	1,6
Kiminle Yaşadığı	<i>Yalnız</i>	5	8,3
	<i>Aile</i>	54	90,0
	<i>Diğer</i>	1	1,6

Katılımcıların klinik özellikleri incelendiğinde ortalama OKB hastalık süresi 7,68 yıl, şikâyet başlangıcı ve tedavi alması arasında geçen süre ise 39,63 ay olarak saptandı.

Katılımcıların %18,3'ünün psikiyatri hastanesine yatış öyküsü bulunup, yatışı olan hastaların ortalama yatış sayısı $1,36 \pm 0,67$ olarak saptanmıştır. Hastaların tamamının psikiyatrik tedavi öyküsü bulunmakta ve bu tedavi hastaların %71,6'sında ilaç tedavisi, %28,4'ünde ilaç ve psikoterapi tedavisi şeklinde idi. Katılımcıların güncel kullandığı ilaç tedavileri %53,3 ile SSRI, %35 ile bir antidepresan ve antipsikotik kombinasyonu, %11,6 ile klomipramin şeklinde idi. Hastaların %11,6 sı halen bilişsel davranışçı terapi alıyordu. Katılımcıların ek tıbbi hastalık durumu incelendiğinde %75'inin ek tıbbi hastalığı bulunmuyor iken %25'inde mevcuttu.

Hastaların %60'ının (n=36) intihar düşüncesi öyküsü mevcut iken %40'ının (n=24) yoktu. Katılımcıların %21,6'sının (n=13) intihar girişimi öyküsü olup %78,3'ünde (n=47) intihar girişimi öyküsü bulunmamaktaydı. İntihar girişimi olan hastaların ortalama intihar girişimi sayısı $2,54 \pm 1,85$ olup; intihar girişimi %61,5 ilaç içimi, %30,7 kesici delici alet yaralaması, %7,6'sı zehirli madde içimi şeklinde idi.

Tablo 2: Katılımcıların klinik özelliklerinin incelenmesi

		n	%
OKB Tanısı ile Geçen Süre (Yıl)		7,68*	$\pm 0,05^*$
Şikâyet ve Tedavi arasında Geçen Süre (Ay)		39,63*	$\pm 42,20^*$
Psikiyatrik Hastalık Sebebiyle Hastane Yatışı	Yok	49	81,6
	Var	11	18,3
Psikiyatrik Tedavi Öyküsü Şekli	İlaç	43	71,6
	İlaç ve Psikoterapi	17	28,4
Çevrenizde İntihar Girişim Öyküsü	Yok	42	70,0
	Var	18	30,0
Güncel Kullanılan İlaç Tedavisi	SSRI	32	53,3
	Klomipramin	7	11,6
	Antidepresan +Antipsikotik	21	35,0
Güncel BDT	Hayır	53	88,3
	Evet	7	11,6

Bilinen Ek Tıbbi Hastalık Varlığı	Yok	45	75,0
	Var	15	25,0
İntihar Düşüncesi Öyküsü	Yok	24	40
	Var	36	60
İntihar Girişimi Öyküsü	Yok	47	78,3
	Var	13	21,6

*n yerine ort, % yerine ss verilmiştir.

4.2. İNTİHAR DÜŞÜNCESİNE GÖRE SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

İntihar düşüncesi öyküsü olan grupta çevresindeki kişilerde intihar girişimi varlığı intihar düşüncesi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksekti ($p<0,05$).

İntihar düşüncesi öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, çalışma durumu, medeni hal, aylık toplam gelir, kiminle yaşandığı, ek tıbbi hastalık durumu, psikiyatrik hastane yatışı, psikiyatrik tedavi öyküsü şekli, güncel kullanılan ilaç tedavisi ve güncel BDT durumu parametreleri açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İntihar düşüncesi öyküsü olan grupta ve intihar düşüncesi olmayan gruba göre OKB tanı yılı ve şikayet- tedavi arasından geçen süre daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların intihar düşüncesi öyküsüne göre sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3'te incelenmiştir.

Tablo 3: İntihar Düşüncesine göre sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi Öyküsü				p ¹
	Evet n=36		Hayır n=24		
	n	%	n	%	
Yaş*	32,14	±10,06	31,96	±8,46	0,916 ²
Eğitim Düzeyi*	11,78	±3,44	11,21	±3,43	0,391 ²

Cinsiyet	<i>Kadın</i>	22	(61,11)	14	(58,33)	0,830
	<i>Erkek</i>	14	(38,89)	10	(41,67)	
Çalışma Durumu	<i>Hiç Çalışmamış</i>	11	(30,56)	10	(41,67)	0,101
	<i>İşinden Ayrılmış</i>	14	(38,89)	3	(12,50)	
	<i>Halen Çalışıyor</i>	8	(22,22)	10	(41,67)	
	<i>Diğer</i>	3	(8,33)	1	(4,17)	
Medeni Hali	<i>Evli</i>	13	(36,11)	11	(45,83)	0,694
	<i>Bekar</i>	19	(52,78)	10	(41,67)	
	<i>Boşanmış/Ayrı Yaşıyor</i>	4	(11,11)	3	(12,50)	
Aylık Toplam Gelir	<i>Düzenli Gelirim Yok</i>	15	(41,67)	12	(50,00)	0,416
	<i>Düşük</i>	11	(30,56)	4	(16,67)	
	<i>Orta</i>	10	(27,78)	7	(29,17)	
	<i>Yüksek</i>	0	(,00)	1	(4,17)	
Kiminle Yaşadığı	<i>Yalnız</i>	3	(8,33)	2	(8,33)	0,466
	<i>Aile</i>	33	(91,67)	21	(87,50)	
	<i>Diğer</i>	0	(,00)	1	(4,17)	
Bilinen Ek Tıbbi Hastalık Varlığı	<i>Yok</i>	25	(69,44)	20	(83,33)	0,224
	<i>Var</i>	11	(30,56)	4	(16,67)	
Psikiyatrik Hastalık Sebebiyle Hastane Yatışı	<i>Yok</i>	28	(77,78)	21	(87,50)	0,340
	<i>Var</i>	8	(22,22)	3	(12,50)	
Psikiyatrik Tedavi Öyküsü Şekli	<i>İlaç</i>	29	(80,56)	14	(58,33)	0,061
	<i>İlaç+Psikoterapi</i>	7	(19,44)	10	(41,67)	
Çevrenizde İntihar Girişim Öyküsü	<i>Yok</i>	20	(55,56)	22	(91,67)	0,003
	<i>Var</i>	16	(44,44)	2	(8,33)	
Güncel Kullanılan İlaç Tedavisi	<i>SSRI</i>	15	(41,67)	17	(70,83)	0,068
	<i>Klomipramin</i>	6	(16,67)	1	(4,17)	
	<i>Antidepresan+antipsikotik</i>	15	(41,67)	6	(25,00)	
Güncel BDT	<i>Hayır</i>	32	(88,89)	21	(87,50)	0,870
	<i>Evet</i>	4	(11,11)	3	(12,50)	
OKB Tanısı ile Geçen Süre (Yıl)*		8,49	±6,21	6,46	±5,72	0,141 ²
Şikayet ve Tedavi arasında Geçen Süre (Ay)*		41,78	±35,86	36,42	±50,92	0,265 ²

¹Ki-Kare Testi ²Mann Whitney U Testi *n yerine ort, % yerine ss verilmiştir

4.3. İNTİHAR GİRİŞİMİNE GÖRE SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

İntihar girişimi olan hasta grubunda ek tıbbi hastalık varlığı (%46,15) intihar girişimi olmayan hasta grubuna göre (%19,15) daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,047). İntihar girişimi olan hasta grubunun %38,46'sının psikiyatri kliniğine yatışı varken intihar girişimi olmayan hasta grubunun %12,77'sinin yatarak tedavi öyküsü mevcuttur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,034).

İntihar girişimi olan /olmayan grubunun diğeri sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 4'te karşılaştırılmalı olarak verilmiş olup diğeri parametreler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4: İntihar girişimine göre sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

		İntihar Girişimi				p ¹
		Yok n=47		Var n=13		
		n	%	n	%	
Yaş		32,53	±9,85	30,38	±7,53	0,647 ²
Eğitim Düzeyi		11,49	±3,49	11,77	±3,27	0,770 ²
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	29	(61,70)	7	(53,85)	0,609
	<i>Erkek</i>	18	(38,30)	6	(46,15)	
Çalışma Durumu	<i>Hiç Çalışmamış</i>	19	(40,43)	2	(15,38)	0,120
	<i>İşinden Ayrılmış</i>	11	(23,40)	6	(46,15)	
	<i>Halen Çalışıyor</i>	15	(31,91)	3	(23,08)	
	<i>Diğer</i>	2	(4,26)	2	(15,38)	
Medeni Hali	<i>Evli</i>	20	(42,55)	4	(30,77)	0,721
	<i>Bekar</i>	22	(46,81)	7	(53,85)	
	<i>Boşanmış/Ayrı Yaşıyor</i>	5	(10,64)	2	(15,38)	
Aylık Toplam Gelir	<i>Düzenli Gelirim Yok</i>	24	(51,06)	3	(23,08)	0,168
	<i>Düşük</i>	9	(19,15)	6	(46,15)	
	<i>Orta</i>	13	(27,66)	4	(30,77)	
	<i>Yüksek</i>	1	(2,13)	0	(,00)	
Kiminle Yaşadığı	<i>Yalnız</i>	3	(6,38)	2	(15,38)	0,517
	<i>Aile</i>	43	(91,49)	11	(84,62)	
	<i>Diğer</i>	1	(2,13)	0	(,00)	
Bilinen Ek Tıbbi Hastalık Varlığı	<i>Yok</i>	38	(80,85)	7	(53,85)	0,047
	<i>Var</i>	9	(19,15)	6	(46,15)	
Psikiyatrik Hastalık Sebebiyle Hastane Yatışı	<i>Yok</i>	41	(87,23)	8	(61,54)	0,034
	<i>Var</i>	6	(12,77)	5	(38,46)	
Çevrenizde İntihar Girişim Öyküsü	<i>Yok</i>	35	(74,47)	7	(53,85)	0,151
	<i>Var</i>	12	(25,53)	6	(46,15)	
Güncel Kullanılan İlaç Tedavisi	<i>SSRI</i>	28	(59,57)	4	(30,77)	0,177
	<i>Klomipramin</i>	5	(10,64)	2	(15,38)	
	<i>Antidepresan+antipsikotik</i>	14	(29,79)	7	(53,85)	
Güncel BDT	<i>Hayır</i>	42	(89,36)	11	(84,62)	0,637
	<i>Evet</i>	5	(10,64)	2	(15,38)	
Okb Tanısı ile Geçen Süre (Yıl)		7,47	±5,94	8,42	±6,63	0,829 ²

4.4. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE İNTİHAR PARAMETRELERİ İLİŞKİSİ

4.4.1. CGT ve İntihar Parametreleri

Katılımcıların karar verme boyutlarının incelendiği CANTAB Cambridge Kumar Testi skorları ile C-İŞDÖ alt parametreleri ve İOO puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncesi skorları arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p<0,001$) ve CGT risk ayarlama ($p=0,004$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p=0,008$) ve CGT erteleme kaçınması ($p=0,006$) skorların arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ geçen ayki intihar düşüncesi skorları arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p=0,003$) ve CGT risk ayarlama ($p=0,004$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p=0,031$) ve CGT erteleme kaçınması ($p=0,009$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ geçen ayki intihar düşüncesi sıklığı ile CGT karar verme kalitesi ($p=0,008$) arasında ters yönlü; CGT karar verme süresi ($p=0,041$) skorları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

C-İŞDÖ ömür boyu ($p=0,042$) ve geçen ayki ($p=0,013$) intihar düşünce süresi skorları arttıkça CGT karar verme süresi skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ geçen ayki intihar düşüncelerini kontrol edebilirlik skorları arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p=0,001$) skorlarının azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Toplam intihar girişimi sayısı arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p=0,008$) ve CGT risk ayarlama ($p=0,029$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p=0,003$) ve CGT erteleme kaçınması ($p=0,002$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Gerçek intihar girişimi sayısı arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p=0,031$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p=0,042$) ve CGT erteleme kaçınması ($p=0,038$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Durdurulan intihar girişimi sayısı arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p=0,029$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p=0,026$) ve CGT erteleme kaçınması ($p=0,02$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

İntihar olasılığı ölçeği toplam puan arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p=0,001$) ve CGT risk ayarlama ($p=0,007$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p=0,041$) ve CGT erteleme kaçınması ($p=0,022$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ intihar düşüncesi şiddeti skorları ile CGT skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$).

Katılımcıların karar verme boyutlarının incelendiği CANTAB Cambridge Kumar Testi skorları ile C-İŞDÖ alt parametreleri ve İOO puanları arasındaki korelasyon Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Cambridge Gambling Task (CGT) skorları ile intihar parametreleri ilişkisi

		CGT Karar verme kalitesi	CGT Karar verme süresi	CGT Risk alma	CGT Risk ayarlama	CGT Erteleme kaçınması
İntihar düşüncesi skor- <i>Ömür boyu</i>	r	-0,441	0,148	0,340	-0,369	0,349
	p	<0,001	0,259	0,008	0,004	0,006
İntihar düşüncesi skor- <i>Geçen ay</i>	r	-0,381	0,061	0,279	-0,370	0,332
	p	0,003	0,644	0,031	0,004	0,009
İntihar düşüncesi şiddeti- <i>Ömür boyu</i>	r	-0,264	0,219	0,035	-0,203	0,163
	p	0,092	0,163	0,823	0,198	0,304
İntihar düşüncesi şiddeti- <i>Geçen ay</i>	r	-0,386	0,411	0,148	0,438	0,186
	p	0,126	0,102	0,570	0,079	0,474
İntihar düşüncesi Sıklığı- <i>Ömür boyu</i>	r	-0,105	0,098	-0,108	-0,103	-0,016
	p	0,510	0,536	0,494	0,515	0,917
İntihar düşüncesi Sıklığı- <i>Geçen ay</i>	r	-0,622	0,499	0,341	0,152	0,466
	p	0,008	0,041	0,181	0,560	0,059
İntihar düşüncesi süresi- <i>Ömür boyu</i>	r	-0,237	0,315	0,026	-0,301	0,141
	p	0,131	0,042	0,872	0,053	0,373
İntihar Düşüncesi süresi- <i>Geçen ay</i>	r	-0,283	0,589	0,160	0,343	0,211
	p	0,270	0,013	0,541	0,177	0,417
İntihar düşüncelerini kontrol edebilirlik- <i>Ömür boyu</i>	r	-0,284	0,232	0,153	-0,195	0,218
	p	0,068	0,139	0,332	0,216	0,165
	r	-0,727	0,441	0,358	0,108	0,430

İntihar düşüncelerini kontrol edebilirlik- Geçen ay	p	0,001	0,076	0,158	0,681	0,085
Toplam girişim sayısı- Ömür boyu (Gerçek+Engellenen+Durdurulan)	r	-0,341	0,071	0,376	-0,282	0,394
	p	0,008	0,592	0,003	0,029	0,002
Gerçek girişim sayısı	r	-0,279	0,059	0,263	-0,213	0,268
	p	0,031	0,655	0,042	0,102	0,038
Durdurulan girişim sayısı	r	-0,282	0,247	0,287	-0,173	0,301
	p	0,029	0,058	0,026	0,187	0,020
İntihar Olasılığı Ölçeği	r	-0,434	0,025	0,265	-0,344	0,295
	p	0,001	0,850	0,041	0,007	0,022

Spearman Korelasyon Testi

4.4.2. İED ve İntihar Parametreleri

Katılımcıların kurulumu değiştirme boyutlarının incelendiği CANTAB Boyutlar Arası Kurulumu Değiştirme (İED) skorları ile C-İŞDÖ alt parametreleri ve İOO puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncesi skorları arttıkça İED toplam hata ($p=0,029$), İED toplam deneme ($p=0,023$), İED toplam gecikme ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ geçen ayki intihar düşüncesi skorları arttıkça İED toplam hata ($p=0,04$), İED toplam deneme ($p=0,028$), İED toplam gecikme ($p=0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncesi şiddeti ile İED toplam gecikme ($p=0,029$) skorları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncelerini kontrol edebilirlik skorları arttıkça İED toplam hata ($p=0,018$), İED toplam deneme ($p=0,02$), İED toplam gecikme ($p=0,003$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ toplam intihar girişimi sayısı arttıkça İED toplam hata ($p=0,035$), İED toplam deneme ($p=0,033$), İED toplam gecikme ($p=0,003$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Gerçek ($p=0,039$) ve durdurulan ($p=0,004$) girişim sayıları arttıkça İED toplam gecikme skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı arttıkça EDS hataları ($p=0,02$) ve İED toplam gecikme ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ intihar düşüncesi sıklığı ve intihar düşüncesi süresi skorları ile İED skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$).

Katılımcıların kurulumu değiştirme boyutlarının incelendiği CANTAB Boyutlar Arası Kurulumu Değiştirme (İED) skorları ile C-İŞDÖ alt parametreleri ve İOO puanları arasındaki korelasyon Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: CANTAB kurulumu değiştirme (İED) skorları ile intihar parametreleri ilişkisi

		EDS Hataları	Toplam Hata	Toplam Deneme	Toplam Gecikme
İntihar düşüncesi skor- <i>Ömür boyu</i>	r	0,205	0,283	0,293	0,575
	p	0,158	0,029	0,023	<0,001
İntihar düşüncesi skor- <i>Geçen ay</i>	r	0,130	0,266	0,284	0,486
	p	0,374	0,040	0,028	0,001
İntihar düşüncesi şiddeti- <i>Ömür boyu</i>	r	0,169	0,164	0,160	0,422
	p	0,340	0,298	0,313	0,029
İntihar düşüncesi şiddeti- <i>Geçen ay</i>	r	-0,109	0,285	0,349	0,391
	p	0,712	0,267	0,170	0,209
İntihar düşüncesi sıklığı- <i>Ömür boyu</i>	r	0,197	0,004	-0,007	0,083
	p	0,264	0,982	0,966	0,682
İntihar düşüncesi Sıklığı- <i>Geçen ay</i>	r	-0,279	0,086	0,190	0,504
	p	0,335	0,743	0,464	0,095
İntihar düşüncesi süresi- <i>Ömür boyu</i>	r	0,002	0,089	0,074	0,320
	p	0,992	0,577	0,644	0,103
İntihar düşüncesi süresi- <i>Geçen ay</i>	r	-0,383	0,082	0,134	0,441
	p	0,176	0,753	0,609	0,152
İntihar düşüncelerini kontrol edebilirlik- <i>Ömür boyu</i>	r	0,305	0,364	0,359	0,552
	p	0,080	0,018	0,020	0,003
İntihar düşüncelerini kontrol edebilirlik- <i>Geçen ay</i>	r	0,070	0,340	0,366	0,567
	p	0,813	0,181	0,148	0,055
Toplam girişim sayısı- <i>Ömür boyu</i> (<i>Gerçek+Engellenen+Durdurulan</i>)	r	0,133	0,272	0,275	0,447
	p	0,364	0,035	0,033	0,003
Gerçek girişim sayısı	r	0,123	0,240	0,229	0,323
	p	0,399	0,065	0,078	0,039
Durdurulan girişim sayısı	r	0,076	0,185	0,202	0,444
	p	0,603	0,156	0,123	0,004
İntihar Olasılığı Ölçeği	r	0,331	0,232	0,239	0,602
	p	0,020	0,075	0,066	<0,001

Spearman Korelasyon Testi

4.4.3. SST ve İntihar Parametreleri

Katılımcıların dürtüsellik boyutlarının incelendiği CANTAB Durma Sinyali Testi (SST) skorları ile C-İŞDÖ alt parametreleri ve İOO puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncesi skorları arttıkça SSRT ($p=0,010$) ve SST yön hataları ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ geçen ayki intihar düşüncesi skorları arttıkça SSRT ($p=0,004$) ve SST yön hataları ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncesi şiddeti ile SST yön hataları ($p=0,001$) skorları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncelerini kontrol edebilirlik skorları arttıkça SST yön hataları ($p=0,002$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

C-İŞDÖ geçen ayki intihar düşüncelerini kontrol edebilirlik skorları arttıkça SSRT ($p=0,023$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Toplam, gerçek, durdurulan intihar girişimleri sayısı arttıkça SST yön hataları ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Ayrıca toplam intihar girişimi sayısı ile SSRT ($p=0,005$) skorları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

İntihar olasılığı ölçeği toplam puanı arttıkça SSRT ($p=0,001$), SST yön hataları ($p<0,001$) skorlarının arttığı; SST reaksiyon zamanı ($p=0,047$) skorlarının azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Katılımcıların dürtüsellik boyutlarının incelendiği CANTAB Durma Sinyali Testi (SST) skorları ile C-İŞDÖ alt parametreleri ve İOO puanları arasındaki korelasyon Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: CANTAB durma sinyali testi (SST) skorları ile intihar parametreleri ilişkisi

		Durma Sinyali Reaksiyon Zamanı (SSRT)	SST Yön Hataları	SST Reaksiyon Zamanı
İntihar düşüncesi skor- <i>Ömür boyu</i>	r	0,328	0,509	-0,088
	p	0,010	<0,001	0,503
İntihar düşüncesi skor- <i>Geçen ay</i>	r	0,363	0,517	0,026
	p	0,004	<0,001	0,844
İntihar düşüncesi şiddeti- <i>Ömür boyu</i>	r	0,065	0,492	-0,263
	p	0,685	0,001	0,092
İntihar düşüncesi şiddeti- <i>Geçen ay</i>	r	0,393	0,402	0,024
	p	0,118	0,110	0,928
İntihar düşüncesi sıklığı- <i>Ömür boyu</i>	r	-0,103	0,249	-0,341
	p	0,517	0,111	0,027
İntihar düşüncesi Sıklığı- <i>Geçen ay</i>	r	0,397	0,121	0,457
	p	0,115	0,644	0,065
İntihar düşüncesi süresi- <i>Ömür boyu</i>	r	0,061	0,449	-0,171
	p	0,703	0,003	0,280
İntihar düşüncesi süresi- <i>Geçen ay</i>	r	0,089	0,193	0,225
	p	0,735	0,457	0,384
İntihar düşüncelerini kontrol edebilirlik- <i>Ömür boyu</i>	r	0,100	0,472	-0,302
	p	0,530	0,002	0,052
İntihar düşüncelerini kontrol edebilirlik- <i>Geçen ay</i>	r	0,547	-0,047	0,189
	p	0,023	0,857	0,468
Toplam girişim sayısı- <i>Ömür boyu</i> (<i>Gerçek+Engellenen+Durdurulan</i>)	r	0,355	0,636	-0,216
	p	0,005	<0,001	0,098
Gerçek girişim sayısı	r	0,242	0,547	-0,180
	p	0,063	<0,001	0,168
Durdurulan girişim sayısı	r	0,248	0,542	-0,155
	p	0,056	<0,001	0,236
İntihar Olasılığı Ölçeği	r	0,425	0,481	-0,258
	p	0,001	<0,001	0,047

Spearman Korelasyon Testi

4.5. İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖYKÜSÜNE GÖRE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların intihar düşüncesi öyküsüne göre CANTAB yürütücü işlev skorları karşılaştırılmıştır.

İntihar düşüncesi öyküsü olan hastaların olmayanlara göre CGT risk alma ($p=0,007$), İED EDS hataları ($p=0,048$), İED toplam deneme ($p=0,039$), İED toplam gecikme ($p=0,004$), SST yön hataları ($p=0,004$) skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İntihar düşüncesi olmayan hastaların olanlara göre CGT karar verme kalitesi ($p=0,001$) ve CGT risk ayarlama ($p=0,002$) skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların intihar düşüncesi öyküsüne göre CANTAB yürütücü işlev skorlarının karşılaştırılması Tablo 8’de incelenmiştir.

Tablo 8: İntihar düşüncesi öyküsüne göre CANTAB skorlarının karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi Öyküsü				
	Var		Yok		P
	Ort.	s.s	Ort.	s.s	
CGT <i>Karar verme kalitesi</i>	,82	±,16	,95	±,07	0,001
CGT <i>Karar verme süresi</i>	2913,82	±1845,10	2171,09	±907,60	0,277
CGT <i>Risk alma</i>	,81	±,14	,73	±,12	0,007
CGT <i>Risk ayarlama</i>	,47	±,81	1,35	±1,03	0,002
CGT <i>Erteleme Kaçınması</i>	,39	±,30	,26	±,19	0,147
İED <i>EDS Hataları</i>	9,45	±8,96	7,25	±9,23	0,048
İED <i>Toplam Hata</i>	53,78	±43,66	44,75	±51,72	0,053
İED <i>Toplam Deneme</i>	151,86	±80,54	131,08	±92,48	0,039
İED <i>Toplam Gecikme</i>	284193,42	±271762,23	104408,53	±44431,19	0,004
Durma Sinyali Reaksiyon Zamanı (SSRT)	307,56	±74,75	279,92	±108,17	0,106
SST <i>Yön Hataları</i>	8,39	±10,25	4,08	±7,17	0,002
SST <i>Reaksiyon Zamanı</i>	549,94	±97,85	578,75	±106,59	0,342

Mann Whitney U Testi

4.6. İNTİHAR GİRİŞİMİNE GÖRE YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların intihar girişimine göre CANTAB yürütücü işlev skorları karşılaştırılmıştır.

İntihar girişimi olan hastaların olmayanlara göre CGT risk alma ($p=0,024$), CGT erteleme kaçınması ($p=0,029$), İED toplam gecikme ($p=0,044$), SST yön hataları ($p<0,001$) skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İntihar girişimi olmayan hastaların olanlara göre CGT karar verme kalitesi ($p=0,028$) skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Katılımcıların intihar girişimine göre CANTAB yürütücü işlev skorlarının karşılaştırılması Tablo 9’da incelenmiştir.

Tablo 9: İntihar düşüncesi öyküsüne göre CANTAB skorlarının karşılaştırılması

	İntihar Girişimi				P
	Yok		Var		
	Ort.	s.s	Ort.	s.s	
CGT <i>Karar verme kalitesi</i>	,89	±,14	,81	±,15	0,028
CGT <i>Karar verme süresi</i>	2540,27	±1508,01	2893,15	±1829,55	0,740
CGT <i>Risk alma</i>	,76	±,13	,85	±,16	0,024
CGT <i>Risk ayarlama</i>	,93	±1,02	,44	±,84	0,106
CGT <i>Erteleme Kaçınması</i>	,30	±,24	,49	±,29	0,029
İED <i>EDS Hataları</i>	8,32	±9,12	9,36	±9,14	0,342
İED <i>Toplam Hata</i>	48,64	±49,72	55,69	±35,56	0,078
İED <i>Toplam Deneme</i>	140,53	±89,95	154,46	±68,20	0,099
İED <i>Toplam Gecikme</i>	174502,06	±179383,66	334613,44	±330583,88	0,044
Durma Sinyali Reaksiyon Zamanı (SSRT)	288,07	±94,94	326,97	±61,71	0,069
SST <i>Yön Hataları</i>	4,45	±6,15	14,69	±13,89	<0,001
SST <i>Reaksiyon Zamanı</i>	570,12	±99,42	530,19	±107,02	0,151
Mann Whitney U Testi					

Mann Whitney U Testi

4.7. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE HASTALIK ŞİDDETİ İLİŞKİSİ

Katılımcıların CANTAB skorları ile Y-BOCS hastalık şiddeti puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Y-BOCS obsesyon alt ölçeği puanları arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p<0,001$) ve CGT risk ayarlama ($p<0,001$) skorlarının azaldığı; CGT karar verme

süresi ($p=0,040$), CGT risk alma ($p=0,003$), CGT erteleme kaçınması ($p=0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Y-BOCS kompulsiyon alt ölçeği skorları arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p<0,001$) ve CGT risk ayarlama ($p<0,001$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p<0,001$) ve CGT erteleme kaçınması ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Katılımcıların Y-BOCS toplam puanı arttıkça CGT karar verme kalitesi ($p<0,001$) ve CGT risk ayarlama ($p<0,001$) skorlarının azaldığı; CGT risk alma ($p=0,001$) ve CGT erteleme kaçınması ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Y-BOCS kompulsiyon alt ölçeği ve toplam puanı ile CGT karar verme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$).

Katılımcıların CGT skorları ile Y-BOCS hastalık şiddeti puanları arasındaki korelasyon Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Cambridge Gambling Task (CGT) skorları ile Y-BOCS hastalık şiddeti ilişkisi

		CGT				
		Karar verme kalitesi	Karar verme süresi	Risk alma	Risk ayarlama	Erteleme kaçınması
Y-BOCS OBSESYON	r	-,460	,265	,372	-,514	,420
	p	<0,001	0,040	0,003	<0,001	0,001
Y-BOCS KOMPÜLSİYON	r	-,489	0,205	,455	-,568	,438
	p	<0,001	0,116	<0,001	<0,001	<0,001
Y-BOCS TOTAL	r	-,494	0,245	,429	-,568	,446
	p	<0,001	0,059	0,001	<0,001	<0,001

Spearman Korelasyon Testi

Y-BOCS obsesyon alt ölçeği skorları arttıkça İED EDS hataları ($p=0,002$), İED toplam hata ($p<0,001$), İED toplam deneme ($p<0,001$), İED toplam gecikme ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Y-BOCS kompulsiyon alt ölçeği skorları arttıkça İED EDS hataları ($p=0,001$), İED toplam hata ($p<0,001$), İED toplam deneme ($p<0,001$), İED toplam gecikme ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Katılımcıların Y-BOCS toplam puanı arttıkça İED EDS hataları ($p=0,001$), İED toplam hata ($p<0,001$), İED toplam deneme ($p<0,001$), İED toplam gecikme ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Katılımcıların Y-BOCS obsesyon alt ölçeği skorları arttıkça SST SSRT ($p=0,001$) ve SST yön hataları ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Katılımcıların Y-BOCS kompulsiyon alt ölçeği skorları arttıkça SST SSRT ($p=0,003$) ve SST yön hataları ($p<0,001$) skorlarının arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Y-BOCS toplam puan ile SST SSRT ($p=0,001$) ve SST yön hataları ($p<0,001$) skorları arasında aynı yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

Y-BOCS obsesyon, kompulsiyon, total puanları ile SST reaksiyon zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$).

Katılımcıların İED ve SST skorları ile Y-BOCS hastalık şiddeti puanları arasındaki korelasyon Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: CANTAB İED ve SST skorları ile Y-BOCS hastalık şiddeti ilişkisi

		İED				SST		
		<i>EDS Hataları</i>	<i>Toplam Hata</i>	<i>Toplam Deneme</i>	<i>Toplam Gecikme</i>	SSRT	<i>Yön Hataları</i>	<i>Reaksiyon Zamanı</i>
Y-BOCS OBSESİYON	r	,436	,456	,465	,630	,421	,593	-0,218
	p	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,094

Y-BOCS KOMPÜLSİYON	r	,445	,437	,462	,610	,381	,540	-0,175
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,181
Y-BOCS TOTAL	r	,446	,469	,490	,655	,415	,576	-0,179
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,170

Spearman Korelasyon Testi

4.8. İNTİHAR DÜŞÜNCESİNE GÖRE HASTALIK ŞİDDETİ VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların intihar düşüncesi öykülerine göre hastalık şiddetinin değerlendirildiği Y-BOCS total, Y-BOCS obsesyon, Y-BOCS kompulsiyon, Y-BOCS içgörü ve psikiyatrik ek semptomların değerlendirildiği HSA-SADBÖ alt ölçekleri olan PHQ 15- somatik, GAD 7- temel anksiyete, P 5- kaygı atakları, PHQ 9- depresif semptomları karşılaştırılmıştır.

İntihar düşüncesi öyküsü olan grubun Y-BOCS obsesyon, Y-BOCS kompulsiyon ve Y-BOCS total puanları intihar düşüncesi olmayan gruba göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($p<0,001$).

İntihar düşüncesi öyküsü olmayan grupta mükemmel içgörü (%41,67) ve iyi bir iç görü (%37,50) oranı daha yüksekken; orta derecede iç görü (%33,33), zayıf iç görü (%22,22), ve içgörü olmama (%2,78) durumu intihar düşüncesi olan grupta daha yüksektir ($p=0,007$).

İntihar düşüncesi öyküsü olan katılımcıların PHQ-15 somatik semptom ($p=0,003$), GAD-7 temel Anksiyete ($p=0,019$), P-5 kaygı atakları ($p=0,011$) ve PHQ-9 depresif semptom ($p=0,004$) skorları intihar düşüncesi olmayan katılımcılara göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Katılımcıların intihar düşüncesi öykülerine göre Y-BOCS hastalık şiddetinin ve psikiyatrik ek semptomların karşılaştırılması Tablo 12’de incelenmiştir.

Tablo 12: İntihar düşüncesine göre YBOCS hastalık şiddeti ve Psikiyatrik Semptomların Karşılaştırılması

		İntihar Düşüncesi Öyküsü				p ¹
		Var		Yok		
		ort	ss	ort	ss	
Y-BOCS TOTAL		24,00	±6,67	15,33	±6,76	<0,001 ²
Y-BOCS OBSESYON		12,22	±3,42	8,50	±3,15	<0,001 ²
Y-BOCS KOMPÜLSİYON		11,78	±3,87	6,83	±3,94	<0,001 ²
Y-BOCS İÇGÖRÜ	Mükemmel içgörü*	3	(8,33)	10	(41,67)	0,007
	İyi bir içgörü*	12	(33,33)	9	(37,50)	
	Orta derecede içgörü*	12	(33,33)	1	(4,17)	
	Zayıf iç görü*	8	(22,22)	4	(16,67)	
	İçgörü yok*	1	(2,78)	0	(,00)	
PHQ-15 Somatik Semptom		12,67	±5,44	9,08	±4,73	0,003 ²
GAD-7 Temel Anksiyete		12,00	±6,29	7,92	±4,26	0,019 ²
P-5 Kaygı Atakları		3,03	±1,50	2,08	±1,35	0,011 ²
PHQ-9 Depresif Semptom		14,36	±5,88	10,42	±4,69	0,004 ²

¹Ki-Kare Testi ²Mann Whitney U Test, *ort yerine n, ss yerine % verilmiştir

4.9. İNTİHAR GİRİŞİMİNE GÖRE HASTALIK ŞİDDETİ VE PSİKİYATRİK SEMPTOMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların intihar girişimine göre hastalık şiddetinin değerlendirildiği Y-BOCS total, Y-BOCS obsesyon, Y-BOCS kompulsiyon, Y-BOCS içgörü ve psikiyatrik ek semptomların değerlendirildiği HSA-SADBÖ alt ölçekleri olan PHQ 15- somatik, GAD 7- temel anksiyete, P 5- kaygı atakları, PHQ 9- depresif semptomları karşılaştırılmıştır.

İntihar girişimi olan katılımcıların Y-BOCS obsesyon (p=0,002), Y-BOCS kompulsiyon (p=0,001) ve Y-BOCS total puanları (p=0,005) intihar girişimi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır.

İntihar girişimi olmayan grupta mükemmel içgörü (%27,66) ve iyi bir içgörü (%38,30) oranı daha yüksekken; orta derecede içgörü (%38,46), zayıf içgörü (%30,77) ve içgörü olmama (%7,69) durumları intihar girişimi olan grupta daha yüksektir (p=0,026).

İntihar girişimi olan katılımcıların PHQ-15 somatik semptom ($p=0,016$), P-5 kaygı atakları ($p=0,001$) ve PHQ-9 depresif semptom ($p=0,028$) skorları intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

İntihar girişimi olan ve olmayan katılımcıların GAD-7 temel anksiyete semptom skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$).

Katılımcıların intihar girişimine göre Y-BOCS hastalık şiddetinin ve psikiyatrik ek semptomların karşılaştırılması Tablo 13'te incelenmiştir.

Tablo 13: İntihar girişimine göre YBOCS hastalık şiddeti ve Psikiyatrik Semptomların Karşılaştırılması

		İntihar Girişimi				p ¹
		Yok		Var		
		ort	sd	ort	sd	
Y-BOCS TOTAL		18,81	±7,71	26,77	±5,07	0,002²
Y-BOCS OBSESYON		9,85	±3,59	13,92	±2,50	0,001²
Y-BOCS KOMPÜLSİYON		8,96	±4,54	12,85	±3,29	0,005²
Y-BOCS İÇGÖRÜ	Mükemmel içgörü*	13	(27,66)	0	(,00)	
	İyi bir içgörü*	18	(38,30)	3	(23,08)	
	Orta derecede içgörü*	8	(17,02)	5	(38,46)	0,026
	Zayıf içgörü*	8	(17,02)	4	(30,77)	
	İçgörü yok*	0	(,00)	1	(7,69)	
PHQ-15 Somatik Semptom		10,51	±5,50	13,85	±4,36	0,016²
GAD-7 Temel Anksiyete		9,60	±5,65	13,15	±6,09	0,065 ²
P-5 Kaygı Atakları		2,32	±1,46	3,85	±,99	0,001²
PHQ-9 Depresif Semptom		12,06	±5,70	15,38	±5,25	0,028²

¹Ki-Kare Testi ²Mann Whitney U Test, *ort yerine n, ss yerine % verilmiştir

4.10. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE İNTİHAR PARAMETRELERİ KISMI KORELASYONU

Katılımcıların yürütücü işlevler ve intihar riskleri arasındaki ilişki daha detaylı olarak incelenmiştir. Katılımcıların somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırılarak; İOO toplam puan ve C-İŞDÖ alt parametreleri ile CANTAB yürütücü işlev test skorları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Katılımcıların somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, İOO Toplam Puanı

arttıkça ile İED toplam hatanın arttığı ($p=0,028$) ve SSRT durma sinyali reaksiyon zamanının uzadığı ($p=0,021$) ve bu aynı yönlü ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncesi skoru arttıkça CGT karar verme süresinin uzadığı ($p=0,031$) ve İED toplam hatanın arttığı ($p=0,025$) ve bu aynı yönlü ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, C-İŞDÖ ömür boyu intihar düşüncesi şiddeti arttıkça CGT karar verme kalitesinin ($p=0,029$) azaldığı; İED toplam hatanın arttığı ($p=0,012$) ve İED toplam denemenin arttığı ($p=0,026$) ve bu ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, C-İŞDÖ toplam intihar girişimi sayısı arttıkça CGT karar verme süresinin uzadığı ($p=0,025$), İED toplam hatanın arttığı ($p=0,002$), İED toplam denemenin arttığı ($p=0,007$) ve SST yön hatalarının arttığı ($p=0,017$) ve bu aynı yönlü ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, C-İŞDÖ gerçek intihar girişimi sayısı arttıkça İED toplam hatanın arttığı ($p=0,001$), İED toplam denemenin arttığı ($p=0,009$) ve SST yön hatalarının arttığı ($p=0,024$) ve bu aynı yönlü ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Katılımcıların somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, İOO toplam puan ve C-İŞDÖ alt parametreleri ile CANTAB yürütücü işlev test skorları arasındaki ilişki Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Yürütücü İşlevler ve İntihar Parametreleri Kısmi Korelasyonu

İntihar Olasılığı Ölçeği	İntihar düşüncesi skor- Ömür boyu	İntihar düşüncesi şiddeti- Ömür boyu	Toplam girişim sayısı	Gerçek girişim sayısı
--------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------	-----------------------

		(Gerçek+Engellenen+Durdurulan)									
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
CGT	Karar verme kalitesi	-0,336	0,117	-0,322	0,134	-0,456	0,029	-0,317	0,140	-0,349	0,102
CGT	Karar verme süresi	0,332	0,122	0,450	0,031	0,346	0,105	0,467	0,025	0,319	0,138
CGT	Risk alma	0,242	0,266	0,101	0,645	0,389	0,067	0,368	0,084	0,320	0,137
CGT	Risk ayarlaması	-0,118	0,591	-0,181	0,408	-0,306	0,156	-0,158	0,473	-0,114	0,603
CGT	Erteleme Kaçınması	0,284	0,189	0,387	0,068	0,264	0,223	0,300	0,164	0,307	0,154
IED	EDS Hataları	0,050	0,822	-0,372	0,080	0,084	0,703	-0,267	0,219	-0,210	0,337
IED	Toplam Hata	0,458	0,028	0,465	0,025	0,513	0,012	0,621	0,002	0,642	0,001
IED	Toplam Deneme	0,375	0,078	0,377	0,076	0,463	0,026	0,550	0,007	0,534	0,009
IED	Toplam Gecikme	0,382	0,072	0,347	0,105	0,303	0,160	0,410	0,052	0,330	0,124
SSRT	Durma Sinyali Reak. Zamanı	0,478	0,021	0,283	0,191	0,125	0,569	0,232	0,287	0,225	0,302
SST	Yön Hataları	0,336	0,117	0,389	0,067	0,318	0,139	0,491	0,017	0,470	0,024
SST	Reaksiyon Zamanı	-0,002	0,993	0,160	0,465	-0,298	0,167	-0,065	0,767	0,061	0,782

Kısmi Korelasyon Testi (Phq-15 Somatik Semptom, Gad-7 Temel Anksiyete, P-5 Kaygı Atakları Ve Phq-9 Depresif Semptom Değerleri Sabit Kontrol Değişkeni Olarak Alınmıştır.)

4.11. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE HASTALIK ŞİDDETİ PARAMETRELERİ KİSMİ KORELASYONU

Katılımcıların yürütücü işlevler ve Y-BOCS hastalık şiddeti skorları arasındaki ilişki daha detaylı olarak incelenmiştir. Katılımcıların somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırılarak; Y-BOCS obsesyon, kompulsiyon, total parametreleri ile CANTAB yürütücü işlev test skorları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, Y-BOCS obsesyon puanı arttıkça CGT karar verme kalitesinin azaldığı ($p=0,013$), CGT risk ayarlama skorlarının azaldığı ($p=0,004$); CGT karar verme süresinin uzadığı ($p=0,013$), CGT risk almanın arttığı ($p<0,001$), CGT erteleme kaçınması skorlarının arttığı ($p<0,001$), İED toplam hatanın arttığı ($p<0,001$), İED toplam denemenin arttığı ($p<0,001$), İED toplam gecikmenin arttığı ($p<0,001$) ve bu ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, Y-BOCS kompulsiyon puanı arttıkça CGT karar verme kalitesinin azaldığı ($p=0,031$), CGT risk ayarlama skorlarının azaldığı ($p=0,003$); CGT karar verme süresinin uzadığı ($p=0,028$), CGT risk almanın arttığı ($p<0,001$), CGT erteleme kaçınması skorlarının arttığı ($p=0,001$), İED toplam hatanın arttığı ($p<0,001$), İED toplam denemenin arttığı ($p<0,001$), İED toplam gecikmenin arttığı ($p<0,001$) ve bu ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırıldığında, Y-BOCS toplam puanı arttıkça CGT karar verme kalitesinin azaldığı ($p=0,015$), CGT risk ayarlama skorlarının azaldığı ($p=0,002$); CGT karar verme süresinin uzadığı ($p=0,009$), CGT risk almanın arttığı ($p<0,001$), CGT erteleme kaçınması skorlarının arttığı ($p<0,001$), İED toplam hatanın arttığı ($p<0,001$), İED toplam denemenin arttığı ($p<0,001$), İED toplam gecikmenin arttığı ($p<0,001$) ve bu ilişkinin istatistiksel anlamlı olarak devam ettiği saptandı.

Katılımcıların somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptom skorları sabit kontrol değişkeni olarak alınıp etkisi ortadan kaldırılarak; Y-BOCS parametreleri ile CANTAB yürütücü işlev test skorları arasındaki ilişki Tablo 16’da incelenmiştir.

Tablo 15: Yürütücü İşlevler ve Hastalık Şiddeti Parametreleri Kısmi Korelasyonu

	Y-BOCS OBSESYON		Y-BOCS KOMPÜLSİYON		Y-BOCS TOTAL	
	r	p	r	p	r	p
CGT Karar verme kalitesi	-0,405	0,013	-0,355	0,031	-0,398	0,015
CGT Karar verme süresi	0,458	0,004	0,362	0,028	0,426	0,009
CGT Risk alma	0,579	<0,001	0,623	<0,001	0,640	<0,001
CGT Risk ayarlama	-0,460	0,004	-0,476	0,003	-0,497	0,002
CGT Erteleme Kaçınması	0,545	<0,001	0,534	0,001	0,571	<0,001
İED EDS Hataları	0,202	0,230	0,178	0,293	0,199	0,238
İED Toplam Hata	0,670	<0,001	0,467	0,004	0,586	<0,001
İED Toplam Deneme	0,673	<0,001	0,526	0,001	0,623	<0,001
İED Toplam Gecikme	0,632	<0,001	0,525	0,001	0,604	<0,001
SSRT Durma Sinyali Reaksiyon Zamanı	0,258	0,123	0,202	0,232	0,239	0,155
SST Yön Hataları	0,238	0,156	0,210	0,212	0,235	0,161
SST Reaksiyon Zamanı	-0,179	0,289	-0,259	0,122	-0,238	0,156

Kısmi Korelasyon Testi (Phq-15 Somatik Semptom, Gad-7 Temel Anksiyete, P-5 Kaygı Atakları Ve Phq-9 Depresif Semptom Değerleri Sabit Kontrol Değişkeni Olarak Alınmıştır.)

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Ülkemizde yapılan çalışmalarda OKB hastaları için yaş ortalaması Demet ve ark. $33,19 \pm 12,2$, Yiğittürk ve ark. $32,93 \pm 9,82$ olarak bildirilmiş olup uluslararası çalışmalarda Lensi ve ark. erkekler için $30,8 \pm 11,6$, kadınlar için $34,7 \pm 13,2$ olarak saptamıştır(80). Hasta örneklemimizin yaş ortalaması (tüm hastalarda $32,07 \pm 9,38$) literatür ile uyumludur. Çalışmamızdaki OKB hastalarının yaş ortalaması, OKB'nin erken-orta erişkinlik çağı hastalığı olduğu bilgisi ile örtüşmektedir. Araştırmamızda hastaların ortalama eğitim yılı $11,55 \pm 3,42$ olarak saptanmış olup ülkemizde yapılan bir araştırmada $12,12 \pm 3,53$ olarak belirtilmiş, diğer bir derleme çalışmasında ise lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip OKB hastalarının oranı %22,2 ve %47,9 arasında değiştiği belirtilmiştir(81). Hastaların ortalama eğitim düzeyinin literatür verilerinden düşük saptanmaması, yürütücü işlevlerin incelendiği testlerin sonuç kalitesi açısından önemli olduğunu düşündürmektedir. Cinsiyet dağılımında hastaların %60'ı kadın, %40'ı erkeklerden oluşmaktadır. Erken başlangıçlı OKB vakalarında hastalığın erkeklerde fazla görüldüğü, erişkinlikte her iki cinsiyette eşit olarak görüldüğü, ancak tedavi arayışının kadın cinsiyette daha fazla olduğu bilinmektedir(82). Araştırmamızdaki hastaların çalışma durumu, medeni hal ve gelir düzeyleri dağılımları ülkemizde yapılan OKB çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur(80)(12)(83).

Çalışmamızda ortalama hastalık süresi 7,68 yıl, ilk yakınmaların görülmesi ardından psikiyatriste başvurana kadar geçen süre 39,63 ay olarak saptanmıştır. 9282 OKB hastasının incelendiği epidemiyolojik bir çalışmada ortalama hastalık süresi 8.9 yıl olarak belirtilmiştir(9). OKB'de tedavisiz geçen süre ve hastalığa etkileri diğer ruhsal bozukluklara kıyasla daha az çalışılmıştır. OKB hastalarında, işlevsellikte bozulma ve yeti yitimi gelişse bile, hastaların genellikle uzun süre tıbbi yardım aramadıkları ve herhangi bir tedavi almadıkları, tedavi alsalar bile bu tedavinin uluslararası tedavi kılavuzları tarafından önerilen dozların ve sürelerin altında kaldığı bilinmektedir(84). Dell'Osso ve ark. yaptığı bir araştırmada tedavisiz geçen OKB süresinin 24 aydan daha uzun olmasının tedavi cevabını azalttığı ve remisyon süresini

uzattığı, bunun sonucunda hastalık şiddetini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Literatürdeki araştırmalarda OKB hastalarında tedavisiz geçen hastalık süresi, 66 aydan 106,19 aya kadar değişen süreler olarak belirtilmiştir(85)(86)(36). Çalışmamızda tedavisiz geçen hastalık süresi ilk yakınmaların görülmesi ardından psikiyatriste başvurana kadar geçen süre olarak değerlendirilmiş olup, literatürde bu süre belirti başlangıcından, psikiyatriste başvurarak uluslararası tedavi kılavuzlarında önerilen yeterli dozda ve sürede tedavi alınması arasında geçen süre olarak hesaplanmıştır. Çalışmamız sonucunda elde edilen tedavisiz geçen hastalık süresinin, literatürdeki bulgulara göre bu nedenle daha kısa olarak saptandığı düşünülmektedir.

OKB tanılı hastalarda hastane yatış oranları Ruscio ve arkadaşları tarafından %6,4 olarak saptanmış ve hastaneye yatışın hastalığın şiddetini gösteren önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir(9). Ülkemizde bu oran yapılan çalışmalarda %8,1 olarak saptanmıştır(87). Araştırma grubumuzun verilerine bakıldığında hastaneye yatış oranı (%18,3) literatür verilerinden yüksektir. Çalışmanın yapıldığı sağlık kurumunun 3. basamak sağlık hizmeti veren psikiyatri hastanesi olması hastalık şiddeti ile hastane yatış oranının da artmasına neden olmuş olabilir. Hastaların tamamının psikiyatrik tedavi öyküsünün bulunması yine örneklemin 3. basamak sağlık kurumunda bulunmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların ilaç tedavi dağılımları literatürle uyumlu olup psikoterapi alma oranları ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan yüksek bulunmuştur(80)(87). Çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşuna bağlı psikoterapi merkezinin bulunmasının, hastaların psikoterapiye ulaşımı arttırdığı düşünülmektedir.

5.2. İNTİHAR, HASTALIK ŞİDDETİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

İntihar dünya çapında engellenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. İntihar düşüncesi ve girişimi olan kişilere çoğunlukla ruhsal bozukluğun eşlik etmesi, psikiyatrik bozukluklarda intihar riski ile ilişkili faktörlerin araştırılmasını önemli hale getirmiştir. OKB’de, kronik seyir, tedavi direnci ve yüksek psikiyatrik eş tanı sıklığı sebebiyle, normal popülasyona göre daha sık intihar düşüncesi ve girişimi ile karşılaşıldığı bilinmektedir(88)(89)(90). OKB hastalarında günümüze kadar yapılan araştırmalarda intihar girişimi oranları %6’dan %52’ye, intihar düşüncesi oranları ise

%26'dan %74'e değişen oranlarda saptanmıştır(91). OKB'de, heterojen klinik seyir, depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanılarının sık olması ve bu eş tanılardaki hastalık şiddetindeki farklılıklar sebebiyle, literatürde bu denli çeşitli sonuçların bulunduğu düşünölmektedir. OKB'de intihar riski ve ilişkili etmenlerin daha net araştırılması için eş tanısı olmayan OKB tanılı hastaların çalışmaya alınması, özellikle intihar riski ile en fazla ilişkili olan majör depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu eş tanılarının dışlanması gerektiği belirtilmiştir(2). Araştırmamızda hastaların intihar riskini etkilemesi sebebiyle, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, orta ve ağır derecede anksiyete bozukluğu eş tanıları dışlanmıştır. Araştırmamızın verilerine bakıldığında yaşam boyu intihar düşöncesi %60; intihar girişimi ise %21,6 olarak saptanmıştır. Literatürdeki benzer araştırmalar incelendiğinde Kamath ve ark. OKB hastalarında intihar girişimini %27, yaşam boyu intihar düşöncesini %59, güncel intihar düşöncesini %28 olarak belirtmiş; Hollander ve ark. yaptığı çalışmada OKB hastalarının %12,2'sinde intihar girişimi öyküsü bulunduğu belirtilmiştir(92)(93). Torres ve ark. OKB'de intihar girişimi oranı %10, intihar düşöncesi oranı ise %46 olarak saptanmıştır(94).Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar girişimi öyküsü oranı %15,7 olarak saptanmıştır. 2020 yılında yapılan meta analizde eş tanısı olmayan OKB hastalarının intihar girişimi %13,5, intihar düşöncesi %47,3 olarak saptanmıştır(95). OKB'de intihar davranışını inceleyen derleme çalışmasında literatürde OKB hastalarında intihar düşöncesi öyküsü %26,3-73,5 (ort. %44,1) arasında değişen oranlarda saptandığı intihar girişimi öyküsü ise %6-51,7 (ort. %14,2) arasında değişen oranlarda saptandığı belirtilmiştir(91). Çalışmamızın intihar girişimi ve intihar düşöncesi öyküsü oranları ile literatürdeki veriler uyumlu olup, literatürde bu oranın daha düşük bulunduğu araştırmalar da mevcuttur.

Yapılan çalışmalarda OKB hastalarının yakınlarında intihar girişimi öyküsünün normal popölasyona göre daha sık olduğu gösterilmiş olup, literatürde OKB hastalarının yakınlarında intihar girişimi oranının %11,5 ile %27,1 arasında değiştiği gözlenmiştir. Ayrıca ailede intihar öyküsü olması OKB hastalarının intihar riskini arttıran bir faktör olarak saptanmıştır. Velloso ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada OKB hastalarının intihar girişimi %19,4, intihar düşöncesi öyküsü %61, ailede intihar girişimi öyküsü %27,1 olarak saptanmıştır(96). Araştırmamızda OKB

hastalarının yakınlarında intihar girişimi öyküsü %30 olarak saptanmış olup veriler literatür ile uyumludur.

OKB hastalarındaki intihar riskini arttıran sosyodemografik ve klinik risk faktörleri incelendiğinde literatürde kadın cinsiyet, ileri yaş, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi, hastalık süresinin uzun olması gibi faktörlerin olduğuna dair yayınlar olsa da bu faktörlerin riski değiştirmedeği yönünde araştırmalar da mevcuttur. Çalışmamızda intihar düşüncesi öyküsüne göre hastalar arasında yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, çalışma durumu, medeni hal, aylık toplam gelir, kiminle yaşandığı, ek tıbbi hastalık durumu, psikiyatrik hastane yatışı, psikiyatrik tedavi öyküsü şekli, güncel kullanılan ilaç tedavisi ve güncel BDT durumu parametreleri açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak intihar düşüncesi öyküsü olan hastaların, çevresindeki kişilerde intihar girişimi varlığı, intihar düşüncesi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde OKB hastalarında intihar girişiminde bulunan bir aile üyesine sahip olmanın, intihar riskini %78 olarak arttırdığı belirtilmiştir(96). Bu verilerin ışığında yakınlarında intihar girişimi varlığının, OKB hastalarının intihar riskini arttırdığı düşünülebilir. Örneklemimizin intihar girişimlerine etki eden faktörler incelendiğinde ek tıbbi hastalık durumu ve psikiyatrik hastane yatış öyküsü, intihar girişimi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında OKB’de intihar girişimi olan hastaların intihar girişimi olmayanlara göre eşlik eden psikiyatrik komorbid tanı, ek tıbbi hastalık durumu, psikiyatrik hastane yatışları daha fazladır(97). Bulgularımız bu bağlamda literatür verileri ile örtüşmektedir. OKB’de ek tıbbi hastalık durumu hastaların depresif belirtilerini arttırarak, psikiyatrik yatış öyküsü ise hastalık şiddetin fazla olmasının yordayarak intihar girişimi açısından risk faktörü olduğu değerlendirilebilir.

OKB de intihar riskinin artmasını yordayan faktörlerin incelendiği derleme çalışmasında, intihar riskinin artmasında YBOCS hastalık şiddetinin, komorbid psikiyatrik eş tanılarının, hastalığa eşlik eden anksiyete ve depresif semptomların etkili olduğu belirtilmiştir(91).2020 yılında yapılan bir meta-analizde, OKB’de intihar riskinin obsesyon şiddeti ile arttığı ancak kompulsiyon şiddeti ile azaldığı saptanmıştır ve bu durum kompulsiyonların hastaları anksiyeteden koruyan bir davranış olması ile

açıklanmıştır. Yine aynı çalışmada OKB'li hastalara eşlik eden anksiyete ve depresif semptomların intihar riskini arttırdığı belirtilmiştir(95).

Araştırmamızda YBOCS obsesyon ve kompulsiyon semptom şiddeti intihar düşüncesi öyküsü olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastalık şiddetinin başka bir göstergesi olan orta-zayıf içgörü ve içgörü olmama durumu intihar düşüncesi öyküsü olan grupta daha yüksek olarak saptanmıştır. Hastalığa eşlik eden tanı düzeyinde olmayan somatik, anksiyete, kaygı atakları ve depresif semptomlar intihar düşüncesi öyküsü olan grupta daha yüksek saptanmıştır. İntihar girişimi olan OKB hastalarının, olmayanlara göre YBOCS obsesyon ve kompulsiyon semptom şiddeti, orta-zayıf içgörü ve içgörü olmama durumu ve somatik, kaygı atakları ve depresif semptom şiddeti daha yüksek saptanmıştır.

Bulgularımız literatürle uyumlu olup, OKB semptom şiddetinin artmasının hastaların intihar riskini arttırdığı hipotezimizi desteklemektedir. OKB'de intihar için risk faktörlerinin tanımlanması ve tanınması, bu grupta intihar oranlarını düşürmeyi amaçlayan önleyici müdahale stratejilerinin geliştirilmesine rehberlik edecektir. OKB'nin erken tanı ve tedavisi, obsesif ve kompulsif semptom kontrolü ve eşlik eden anksiyete ve depresif belirtilerin tanınmasının, hastaların intihar risklerini azaltmada önemli faktörler olduğu düşünülmektedir.

5.3.YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE İNTİHAR

OKB'ye en sık eşlik eden ek tanılar majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları olup, bu ek tanıların hastaların bilişsel performanslarını olumsuz etkilediği bilinmektedir(98).Çalışmamızda orta-ağır depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanısı olan OKB hastaları alınmayarak depresyon ve anksiyetenin bilişsel performans üzerindeki olumsuz etkileri kaldırılmaya çalışılmıştır. Örnekleminizin intihar parametrelerine göre gruplar arasında, nöropsikolojik test performansını etkileyecek yaş, eğitim düzeyi, güncel kullanılan ilaç tedavisi verileri açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamasının, karşılaştırmanın kalitesini arttırdığı düşünülmektedir.

Günümüze kadar yapılan yürütücü işlevlerin intihar riskine olan etkisi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, araştırmaların çoğunluğunun 2000’li yıllardan sonra yayımlandığı görülmektedir. Çalışmaların çoğunluğunda yürütücü işlevlerdeki bozulmanın, intihar riskini arttırdığı saptansa da intihar riskini değiştirmediği ile ilgili de veriler mevcuttur. Yapılan literatür taramalarında OKB’de yürütücü işlevlerin intihar riskine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamış olup, araştırmamız bu veriler ile literatürde bir ilktir.

OKB hastalarında karar verme süreçlerinin etkilendiği bilinmektedir. OKB’de şüphe ve belirsizlik durumunda karar vermek daha da güçleşmektedir. Literatürde OKB’de kumar testleri ile saptanan karar verme süreçleri ile ilgili yayınlara bakıldığında; OKB hastalarının CGT ve Iowa gambling testleri ile elde edilen karar verme süreçlerinin sağlıklı kontrollere göre bozulduğu; karar verme süreçlerinin de uzadığı saptanmıştır(99). OKB ve panik bozukluk hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir araştırmada OKB tanıılı hastaların karar verme performansları diğer gruplardan daha kötü olarak saptanmıştır(54).

Yürütücü işlevlerde karar verme süreçleri ve intihar riskinin incelenmesi güncel literatüre dayanmaktadır. 2019 yılında yapılan bir derleme çalışmasında intihar davranışı olan 902 hasta incelenmiş, özellikle dürtüsel karar verme ve risk alma olmak üzere karar verme süreçlerinde sağlıklı kontrollere göre bozulmalar saptanmıştır(100). Anksiyete ve duygudurum bozukluğu hastalarının dahil edildiği başka bir çalışmada, intihar düşüncesi öyküsü olan grup, olmayan gruba göre sosyodemografik özelliklerin etkileri ortadan kaldırıldığında bile CGT risk alma performansı daha yüksek, karar verme kalitesi performansları daha düşük olarak saptanmıştır(101). İntihar girişimi olan ergenlerin olmayanlara göre CGT performansları daha bozuk saptanmıştır(102). Davranışsal bağımlılık grubunda yapılan bir çalışmada CGT ile saptanan karar verme bozulmalarının hastaların intihar riskini öngörmeye etkili olduğu belirtilmiştir(103).

Riske duyarlı karar verme süreçlerini değerlendirmek için, katılımcılara dokunmatik ekranlı tablet kullanılarak, CANTAB'den (Cambridge Cognition 2006) CGT uygulanmıştır. CGT, orbitofrontal işleyişi değerlendirmek için hassas bir araç olarak, intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan yetişkinler arasındaki karar verme

performanslarındaki farklılıkları saptamada güvenilir bir test olarak kullanılabilir(104).

Çalışmamızda OKB hastalarının CGT verilerine göre karar verme kaliteleri arttıkça güncel ve ömür boyu intihar düşüncesi skorlarının azaldığı, toplam intihar girişimi sayılarının azaldığı ve intihar riskinin değerlendirildiği intihar olasılığı ölçeği puanlarının azaldığı saptandı. İntihar düşüncesi öyküsü olan OKB hastalarının olmayanlara göre karar verme kalitelerinin daha düşük olduğu, benzer şekilde intihar girişimi olan OKB hastalarının da karar verme kalitelerinin intihar girişimi olmayanlara göre daha düşük olduğu saptandı. Buna ek olarak hastalarının CGT verilerine göre karar verme süreleri uzadıkça güncel ve ömür boyu intihar düşüncelerinin süresinin uzadığı saptanmıştır. Hastaların CGT verilerine göre karar verme sürecindeki risk alma seviyeleri arttıkça ömür boyu ve güncel intihar düşüncelerinin arttığı, toplam intihar girişim sayılarının arttığı ve intihar olasılığı puanlarının arttığı görüldü. İntihar düşüncesi öyküsü olan OKB hastalarının olmayanlara göre risk alma seviyelerinin daha yüksek olduğu, benzer şekilde intihar girişimi olan OKB hastalarının da risk alma seviyelerinin intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların CGT verilerine göre karar verme sürecindeki riskli durumlarda kararlarını ayarlayabilme becerileri arttıkça ömür boyu ve güncel intihar düşüncesi skorlarının azaldığı, toplam intihar girişimi sayılarının azaldığı ve intihar olasılığı puanlarının azaldığı saptandı. İntihar düşüncesi öyküsü olan OKB hastalarının olmayanlara risk ayarlama yetenekleri daha düşük olduğu, benzer şekilde intihar girişimi olan OKB hastalarının da risk ayarlama yetenekleri intihar girişimi olmayanlara göre daha düşük olduğu saptandı. Örneklemimizde karar verme süreçlerinde değerlendirilen bilişsel dürtüsellüğün göstergesi olan erteleme kaçınması skorları arttıkça hastaların ömür boyu ve güncel intihar düşüncesi seviyelerinin arttığı, toplam intihar girişim sayılarının arttığı ve intihar olasılığı puanlarının arttığı görüldü. Araştırmamız intihar düşüncesi ve girişimi olan OKB hastalarındaki karar verme süreçlerini inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. İntihar girişiminde karar verme sürecindeki bozulmalar ventromedial-prefrontal korteks disfonksiyonu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. CGT karar verme kalitesinde bozulma ve karar verme süresinde uzama orbitofrontal korteks hasarıyla ilişkili bulunmuştur(105). Bu bilgiler ışığında OKB hastalarındaki intihar riskinin artmasında yürütücü işlevlerden karar verme

süreçlerindeki bozulmanın rol aldığı, bu bozulmanın da ventromedial-prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks hasarı ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

İED OKB hastalarında kurulumu değiştirme ve bilişsel esneklik yürütücü işlevini değerlendiren, WCST eşdeğeri olan bir testtir. Literatürde OKB’de CANTAB ile ölçülen kurulumu değiştirme çalışmalarında normal popülasyona göre bozulmalar saptanmıştır(106)(107). Bilişsel esnekliğin komponenti olan kurulumu değiştirmenin intihar davranışlarında olan tekrarlayan ruminatif davranışların temelinde olduğu düşünülmektedir(98).

Araştırmamızda İED testindeki toplam deneme, toplam gecikme, toplam hata sayıları arttıkça hastaların güncel ve ömür boyu intihar düşüncelerinin arttığı, intihar düşüncelerini kontrol edebilirliklerinin azaldığı, toplam intihar girişimi sayısının arttığı saptanmıştır. Ayrıca EDS hataları ve testteki toplam gecikme süresi arttıkça İOO toplam puanı da istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde artmıştır. İntihar düşüncesi öyküsü olan OKB hastalarının EDS hataları, toplam deneme sayıları ve toplam gecikme süreleri, intihar düşüncesi olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. İntihar girişimi olan hastaların olmayanlara göre ise sadece İED toplam gecikme süreleri daha yüksek bulunmuştur. Hastalarda İED’nin en önemli ölçüm birimi olan EDS hataları ve toplam hata skorlarında, intihar girişimine göre bir farklılık saptanmamıştır. Elde edilen bilgiler sonucunda yürütücü işlevlerden bilişsel esneklik ve kurulumu değiştirme OKB hastalarında intihar girişiminden çok intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Bilişsel esneklikteki bozulmanın OKB hastalarında intihar düşüncelerinin tekrarlayıcı karakterde olmasında rolü olabilir.

İnhibitör süreçleri incelemekte en yaygın kullanılan iki test go/no-go (yap/yapma) ve stop-signal reaction time (SSRT, durma sinyali reaksiyon zamanı) testleridir. SST, OKB hastalarındaki yanıt inhibisyonu ve motor dürtüsellliği değerlendirmek için kullanılmıştır. OKB’de dur sinyal testinde (SST) reaksiyon zamanının yavaş olma eğilimi gösterdiği görülmüştür(108). Farelerde OFK hasarında SSRT sürelerinde uzama saptanmıştır(109).Yapılan araştırmalar OKB’de obsesyon ve kompulsiyon gibi tekrarlayıcı davranışların temelinde inhibisyon eksiklikleri olduğunu göstermiştir(51). Raust ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada suicidal

hastaların kontrollere göre Go/No-go testi inhibisyon süreçlerinde bozulmalar saptanmıştır. OKB hastaları, ortalama SSRT açısından sağlıklı kontrollerden önemli ölçüde daha yavaş olarak saptanmıştır(110). 2015 yılında yapılan derlemede yanıt inhibisyonu intihar riskinde önemli bir yordayıcı olarak belirtilmiştir(111).

Araştırmızda Durma Sinyali Reaksiyon Zamanı (SSRT) uzadıkça yani yanıt inhibisyonu azaldıkça hastaların ömür boyu ve güncel intihar düşüncelerinin arttığı, toplam intihar girişimi sayısının arttığı ve İOO toplam puanının arttığı saptandı. İntihar düşüncesi öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında SSRT süreleri açısından bir fark saptanmazken, SST yön hataları intihar düşüncesi olan grupta daha fazla bulundu. Benzer şekilde hastalarda intihar girişimine göre SSRT sürelerinde fark saptanmayıp SST yön hatalarının intihar girişimi olan grupta daha fazla olduğu görüldü. Sonuç olarak örneklemimizde her ne kadar intihar düşüncesi öyküsü ve girişimi grupları arasında SSRT skor farkı bulunmasa da SST yön hataları suicidal gruplarda daha yüksek saptanmış ve hastaların intihar düşünceleri, toplam intihar girişimleri ve İOO puanları SSRT süreleri ile ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlarla yanıt inhibisyonunun OKB'deki intihar riskinde rol aldığı söylenebilir. Bilişsel dürtüsellüğün değerlendirildiği erteleme kaçınması skorlarının intihar girişimi olan grupta daha yüksek bulunması ancak motor dürtüsellüğün değerlendirildiği SSRT skorlarında gruplarda fark olmaması OKB hastalarında intihar girişimini motor dürtüsellikten çok bilişsel dürtüsellikle yordandığı şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu bulgu motor ve bilişsel dürtüsellüğün farklı mekanizmalarla oluştuğu bilgisini de desteklemektedir. Daha ayrıntılı değerlendirme için daha büyük OKB örneklem gruplarında yapılan araştırmalara ihtiyaç vardır.

OKB'de komorbid depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı varlığında yürütücü işlevlerin bozulduğu ve intihar riskinin arttığı bilinmektedir. Çalışmadan orta-ağır depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanıılı hastalar çıkarılarak depresyon ve anksiyetenin bilişsel test performansı ve intihar riski üzerindeki olası olumsuz etkileri ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Yapılan güncel meta-analiz çalışmasında hastaların intihar riski, eş tanı olmasa bile OKB'ye eşlik eden depresyon ve anksiyete semptomlarından etkilendiği belirtilmiştir(95). Yürütücü işlevler ve intihar riski ilişkisini daha ayrıntılı incelemek ve eşlik eden depresif, anksiyete ve kaygı

belirtilerinin etkisini ortadan kaldırmak amacıyla bu semptomların seviyesi tüm hastalarda eşitlenerek kısmi korelasyon yapılmıştır. Bu korelasyonda karar verme süreçlerinde hastaların karar verme kalitesi azaldıkça intihar düşüncesi şiddetinin arttığı, karar verme süresi uzadıkça intihar düşüncesi skorlarının ve hastaların toplam intihar girişimlerinin arttığı gözlemlendi. Kurulumu değiştirme testlerinde hastaların toplam hataları arttıkça İOO toplam puanlarının, intihar düşüncesi skorları ve şiddetlerinin, gerçek ve toplam intihar girişimi sayılarının arttığı saptandı. Yanıt inhibisyonu ve motor dürtüsellik süreçlerinde ise hastaların SSRT süreleri uzadıkça İOO toplam puanının arttığı, SST yön hataları arttıkça toplam ve gerçek intihar girişimi sayılarının arttığı gözlemlendi. Bu korelasyonların hastaların anksiyete, depresyon ve kaygı belirtilerinin etkisini ortadan kaldırılmasıyla bile devam etmesi OKB de yürütücü işlevlerdeki bozulmaların hastaların intihar risklerini artırarak intihar davranışlarını ek tanı olmaksızın da etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bulgular araştırmamızın hipotezini desteklemektedir.

5.4. YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER VE HASTALIK ŞİDDETİ:

OKB’de hastalık şiddeti ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi değerlendirmenin önemi, OKB’deki bilişsel işlev bozukluğunun etiyolojisine ilişkin durumsal mı, sürekli mi olduğuna dair tartışmalardan kaynaklanmaktadır. OKB hastalarında yapılan 2 yıllık takip çalışmasında yürütücü işlev fonksiyonunun BDT tedavisi ile gelişme göstermesi daha çok durumsal olduğunu destekleyen bir bulgudur(112). Ancak literatürde farmakoterapi veya psikoterapi ile bazı yürütücü işlevlerdeki bozulmanın değişmediğine dair yayınlar da mevcuttur(113). Bu konudaki güncel bilgi OKB hastalarında bilişsel fonksiyonların durumsal ve sürekli bozulma gösteren alt birimleri olduğu yönündedir. Literatürde 2018 yılında yapılan son meta analizde semptom ve hastalık şiddeti arttıkça nörofizyolojik test performanslarının azaldığı ancak literatürde birbiriyle çelişkili yayınlar olması sebebiyle etki büyüklüğünün küçük olduğu belirtilmiştir(114).

YBOC-S OKB’de hastalık şiddetini değerlendirmede altın standart olup araştırmamızda semptom şiddetini değerlendirmek için kullanılmıştır. Katılımcıların karar verme süreçleri incelendiğinde hastaların obsesyon ve kompulsiyon şiddetleri

arttıkça karar verme kalitesinin azaldığı, risk alma skorlarının arttığı, riskli duruma göre kararlarını ayarlayabilme becerisinin azaldığı, bilişsel dürtüselliğin değerlendirildiği erteleme kaçınmasının arttığı saptandı. Kurulumu değiştirme yürütücü işlevinin değerlendirildiği İED skorları ve semptom şiddeti ilişkisi incelendiğinde obsesyon ve kompulsiyon şiddetleri ile arttıkça kurulumu değiştirme tüm alt test fonksiyonlarının bozulduğu saptandı. Yanıt inhibisyonu ve motor dürtüselliğin değerlendirildiği SST skorları ve semptom şiddeti ilişkisi incelendiğinde, obsesyon ve kompulsiyon şiddeti arttıkça SSRT süresinin uzadığı ve yön hatalarının arttığı görüldü.

Semptom şiddetini ve yürütücü işlevleri etkileyen depresif ve anksiyete semptomları eşitlenip etkisi ortadan kaldırıldığında obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile karar verme süreçleri ve kurulumu değiştirme fonksiyonu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde devam ettiği görüldü. Ancak SST semptom şiddeti ilişkisi depresif ve anksiyete semptomlarının etkisi ortadan kaldırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili bulunmadı. Elde edilen bulgular sonucunda, OKB hastalarında karar verme süreci ve kurulumu değiştirme işlev bozukluğunun hastalık şiddetini arttırdığı ve bu ilişkinin hastaların depresif ve anksiyete semptomlarından etkilenmediği söylenebilir. OKB’de yanıt inhibisyonunun bozulmasıyla hastalık şiddetinin arttığı ve bu ilişkinin hastaların depresif ve anksiyete semptom artışı ile etkilendiği düşünülmektedir. Araştırmamızda yürütücü işlevlerdeki bozulma ve hastalık şiddeti korelasyonuna bakılması, neden sonuç ilişkisini yansıtmadığı belirtilmelidir. Hastalarda frontostriatal alanlarının hiperaktivitesi ile obsesyon ve kompulsiyon şiddetinin artması yürütücü işlev kontrolünün kaybına ve sonucunda bozulmaya yol açabileceği gibi, yürütücü işlev bozukluğu olan hastalarda prefrontal korteks yolaklarındaki bozulma sonucu obsesyon ve kompulsiyon şiddeti etkileniyor olabilir. Konu ile ilgili daha ayrıntılı bilgi edinilebilmesi ve ilişkinin yönünün belirlenebilmesi için hastalarda uzunlamasına izlem çalışmalarıyla beraber daha fazla örneklem grubunu içeren araştırmalara ihtiyaç vardır.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın kısıtlılıkları şunlardır: Çalışma üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olan hastanemiz polikliniklerine başvuran hastalar ile yürütülmüştür. Hastanemizin bu niteliği nedeniyle bazı hastaların bilişsel işlevlerinin uzun hastalık süreleri ve çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak etkilenmiş olduğu düşünülebilir ve bazı hastalar da tedaviye dirençli hastalar olarak değerlendirilebilir. Her ne kadar intihar grupları arasında kullanılan ilaç grupları açısından fark bulunmasa da ilaçların yürütücü işlev testlerini nasıl etkileyeceği değerlendirilmemiştir. Literatürde OKB’de intihar riskini yordadığı belirtilen eş tanılar çalışmamıza dahil edilmemiştir ancak hastalığa eşlik eden tanı düzeyinde olmayan depresif anksiyete belirtileri ve hariç tutma kriterlerinde bulunmayan eş tanılar heterojen bir durum yaratmaktadır. Örneklemi oluşturan hastalardan intihar girişimi olan OKB hastalarının sayısı bir kısıtlılık oluşturmuş olabilir. Bu nedenle daha geniş örneklemli çalışmaların yapılması önerilebilir. Çalışmamızda kontrol grubunun olmaması diğer bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Çalışmanın kesitsel tasarımı, analiz edilen değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve neden sonuç ilişkisini belirlememize izin vermemektedir, bulgularımızı doğrulamak için ileriye yönelik, uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. SONUÇLAR

1. Araştırmaya katılan OKB tanılı hastaların %60'ında yaşam boyu intihar düşüncesi; %21,6'sında ise intihar girişimi olduğu saptanmıştır.
2. İntihar düşüncesi öyküsü olan hastaların, çevresindeki kişilerde intihar girişimi varlığı, intihar düşüncesi olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur.
3. Örneklemimizde ek tıbbi hastalık varlığı ve psikiyatrik hastane yatış öyküsü, intihar girişimi olan grupta olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.
4. Araştırmamızda YBOCS obsesyon ve kompulsiyon şiddeti intihar düşüncesi öyküsü olan grupta daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hastalığa eşlik eden tanı düzeyinde olmayan anksiyete ve depresif semptomlar intihar düşüncesi öyküsü olan grupta daha yüksek saptanmıştır.
5. Çalışmamızda OKB hastalarının yürütücü işlevlerden karar verme, kurulumu değiştirme ve yanıt inhibisyonu süreçlerindeki bozulmalar ile hastaların intihar risklerindeki artış arasında aynı yönlü ilişki saptanmıştır.
6. Hastaların anksiyete, depresyon ve kaygı atağı belirtilerinin etkisinin ortadan kaldırıldığında dahi; OKB de yürütücü işlevlerdeki bozulmaların hastaların intihar risklerini arttırması ilişkisinin devam ettiği saptanmıştır.
7. OKB hastalarında karar verme süreci ve kurulumu değiştirme yürütücü işlev bozukluğunun hastalık şiddetini arttırdığı ve bu ilişkinin hastaların depresif ve anksiyete semptomlarından etkilenmediği saptanmıştır.
8. OKB hastalarında yürütücü işlevlerden yanıt inhibisyonunun bozulmasıyla hastalık şiddetinin arttığı ancak bu ilişkinin hastaların depresif ve anksiyete semptom artışı ile etkilendiği saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Murray CJL, Lopez AD, Organization WH, Bank W, Health HS of P. *Global health statistics : a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions /* Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. 1996 [cited 2021 May 28]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41848>
2. Cruz L de la, Rydell M, Runeson B, ... BD-M, 2017 undefined. *Suicide in obsessive–compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients.* nature.com [Internet]. [cited 2021 May 29]; Available from: <https://www.nature.com/articles/mp2016115?cookies=accepted>
3. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. *Suicide and suicide risk.* Vol. 5, *Nature Reviews Disease Primers.* Nature Publishing Group; 2019.
4. Kuelz A, Hohagen F, psychology UV-B, 2004 undefined. *Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review.* Elsevier [Internet]. [cited 2021 May 16]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301051103001558>
5. Snyder HR, Kaiser RH, Warren SL, Heller W. *Obsessive-Compulsive Disorder Is Associated With Broad Impairments in Executive Function: A Meta-Analysis* [Internet]. Vol. 3, *Clinical Psychological Science.* SAGE Publications Inc.; 2015 [cited 2021 May 16]. p. 301–30. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2167702614534210>
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5).* 2013;235–264.
7. Tükel R, Demet MM. *Obsesif kompulsif ve İlişkili Bozukluklar.* 2017;
8. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms* [Internet]. *The History of Mental Symptoms.* Cambridge University Press; 1996 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/history-of-mental-symptoms/0026638AA8C625E53691ECD088B292E4>
9. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication.* Mol Psychiatry. 2010 Jan;15(1):53–63.
10. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. *Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature* [Internet]. Vol. 51, *Canadian Journal of Psychiatry.* Canadian Psychiatric Association; 2006 [cited 2021 May 10]. p. 100–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16989109/>
11. ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.* 2016;

12. Cilliçilli AS, Telcioğlu M, Aşkin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):367–74.
13. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*. 2004 Jun 1;3(6):65–8.
14. Taylor S, Jang KL, Asmundson GJG. Etiology of obsessions and compulsions: A behavioral-genetic analysis. *J Abnorm Psychol [Internet]*. 2010 [cited 2021 May 11];119(4):672–82. Available from: /record/2010-23724-001
15. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies [Internet]. Vol. 31, *Clinical Psychology Review*. Clin Psychol Rev; 2011 [cited 2021 May 11]. p. 1361–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22024245/>
16. Carey: Twin and family studies of anxiety, phobic... - Google Akademik [Internet]. [cited 2021 May 11]. Available from: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Anxiety:+New+research+and+changing+concepts&author=G+Carey&author=II+Gottesman&publication_year=1981&
17. INOUE E. SIMILAR AND DISSIMILAR MANIFESTATIONS OF OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROSES. *Am J Psychiatry*. 1965;121:1171–5.
18. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry [Internet]*. 2005 Feb 1 [cited 2021 May 11];62(2):182–9. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208269>
19. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of obsessive-compulsive disorder [Internet]. Vol. 33, *Psychiatric Clinics of North America*. NIH Public Access; 2010 [cited 2021 May 11]. p. 141–58. Available from: /pmc/articles/PMC2824902/
20. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(3):563–86.
21. O. K. Temel ve Klinik Psikiyatri. 2018;379–404.
22. Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu Rev Neurosci [Internet]*. 1986 [cited 2021 May 12];VOL. 9:357–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3085570/>
23. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res - Neuroimaging [Internet]*. 2004 Nov 15 [cited 2021 May 12];132(1):69–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15546704/>
24. Liu S, Yin Y, Wang Z, Zhang X, Ma X. Association study between MAO-A gene promoter

- VNTR polymorphisms and obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2013 May [cited 2021 May 12];27(4):435–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746491/>
25. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D Hypothesis of Obsessive-Compulsive Disorder: An Update. Vol. 65, *J Clin Psychiatry*. 2004.
 26. Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT_{1D} receptors and obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2001 Apr 1;11(2):169–72.
 27. Pogarell O, Hamann C, Pöpperl G, Juckel G, Choukèr M, Zaudig M, et al. Elevated brain serotonin transporter availability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 2003 Dec 15;54(12):1406–13.
 28. Koo MS, Kim EJ, Roh D, Kim CH. Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive - Compulsive disorder. Vol. 10, *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2010. p. 275–90.
 29. Ben-Pazi A, Szechtman H, Eilam D. The morphogenesis of motor rituals in rats treated chronically with the dopamine agonist quinpirole. *Behav Neurosci* [Internet]. 2001 [cited 2021 May 12];115(6):1301–17. Available from: </record/2001-05537-013>
 30. Kim CH, Cheon KA, Koo MS, Ryu YH, Lee JD, Chang JW, et al. Dopamine transporter density in the basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with [¹²³I]IPT SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Neuropsychobiology* [Internet]. 2007 Oct [cited 2021 May 12];55(3–4):156–62. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/106474>
 31. Denys D, Zohar J, Westenberg HGM. The Role of Dopamine in Obsessive-Compulsive Disorder: Preclinical and Clinical Evidence. Vol. 65, *J Clin Psychiatry*. 2004.
 32. Karthik S, Sharma LP, Narayanaswamy JC. Investigating the role of glutamate in obsessive-compulsive disorder: Current perspectives [Internet]. Vol. 16, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Dove Medical Press Ltd.; 2020 [cited 2021 May 12]. p. 1003–13. Available from: </pmc/articles/PMC7173854/>
 33. Sheshachala K, Narayanaswamy J. Glutamatergic augmentation strategies in obsessive-compulsive disorder. Vol. 61, *Indian Journal of Psychiatry*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2019. p. S58–65.
 34. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2005 Sep 20 [cited 2021 May 12];30(9):1735–40. Available from: <http://www.acnp.org/citations/>
 35. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*

- [Internet]. 1995 [cited 2021 May 14];152(1):90–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7802127/>
36. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2001 [cited 2021 May 14];55(6):623–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11737796/>
 37. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical Features and Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatr Ann*. 1989 Feb 1;19(2):67–73.
 38. Tükel R, Polat A, OÖzdemir OÖ, Aksuüt D, Tuürksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002 May 1;43(3):204–9.
 39. Karadağ F, Oguzhanoglu NK, Özdel O, Ateşci FÇ, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological picture. *Depress Anxiety*. 2006;23(3):145–52.
 40. Lee HJ, Kwon SM, Kwon JS, Telch MJ. Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depress Anxiety* [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2021 May 14];21(3):118–29. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.20063>
 41. Neuropsychological Assessment - Professor of Neurology Psychiatry and Neurosurgery Muriel D Lezak, Muriel Deutsch Lezak, Associate Professor of Neurology and Psychiatry Diane B Howieson, Diane B. Howieson, Professor of Neurology David W Loring, David W. Loring, Jill S. Fischer - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=FroDVkVKA2EC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Lezak+MD,+Howieson+DB,+Loring+DW.+Neuropsychological+assessment.+USA:+Oxford+University+Press%3B+2004.&ots=q7WfUTUjaP&sig=HF89lajLf8Jbo0BeN-84b40Luw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 42. Diamond A. Executive functions [Internet]. Vol. 64, *Annual Review of Psychology*. Annual Reviews Inc.; 2013 [cited 2021 May 14]. p. 135–68. Available from: www.annualreviews.org
 43. Fuster JM. Memory networks in the prefrontal cortex [Internet]. Vol. 122, *Progress in Brain Research*. Elsevier; 2000 [cited 2021 May 14]. p. 309–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10737067/>
 44. Alvarez JA, Emory E. Executive function and the frontal lobes: A meta-analytic review. Vol. 16, *Neuropsychology Review*. 2006. p. 17–42.
 45. Abramovitch A, Abramowitz JS, Mittelman A. The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. Vol. 33, *Clinical Psychology Review*. 2013. p. 1163–71.
 46. Olley A, Malhi G, disorders PS-J of affective, 2007 undefined. Memory and executive functioning in obsessive-compulsive disorder: a selective review. *Elsevier* [Internet]. [cited

2021 May 16]; Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032707000961>

47. Chung H. The physiology of executive functioning. In *Handbook of Executive Functioning. Handb Exec Funct.* 2014;13–27.
48. Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, Nahas G El, Dawla AS El, Sayed M, et al. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2000 Apr 1 [cited 2021 May 16];101(4):281–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1600-0447.2000.101004281.x>
49. Aycicegi A, Dinn WM, Harris CL, Erkmen H. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: Effects of comorbid conditions on task performance. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2003 [cited 2021 May 16];18(5):241–8. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/neuropsychological-function-in-obsessivecompulsive-disorder-effects-of-comorbid-conditions-on-task-performance/0A0F304D18702B5088213C3419D0550C>
50. Watkins LH, Robertson MM, Veale DM, Rogers RD, Aitken KM, Robbins &. Executive function in Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder. *Psychol Med* [Internet]. 2005 [cited 2021 May 16];35(4):571–82. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291704003691>
51. Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ, Boyce PM. Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2002 Jun 1;110(2):165–74.
52. Cavedini P, Gorini A, Bellodi L. Understanding obsessive-compulsive disorder: Focus on decision making. Vol. 16, *Neuropsychology Review*. 2006. p. 3–15.
53. Brevers D, Bechara A, Cleeremans A, Noël X. Iowa Gambling Task (IGT): Twenty years after - gambling disorder and IGT [Internet]. Vol. 4, *Frontiers in Psychology*. Frontiers; 2013 [cited 2021 May 16]. p. 665. Available from: www.frontiersin.org
54. Cavedini P, Riboldi G, D'annucci A, Belotti P, Cisima M, Bellodi L. Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: Ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia*. 2002 Jan 1;40(2):205–11.
55. Organization WH. Preventing suicide: A global imperative. 2014 [cited 2021 May 22]; Available from: https://vk.lovebus.cc/a3651/14-3-3/mbbdynughz/iris/bitstream/handle/10665/131056/3503614721553_rbh.pdf?sequence=5&isAllowed=y
56. Jacobs DG, Brewer ML. Application of the APA practice guidelines on suicide to clinical practice [Internet]. Vol. 11, *CNS Spectrums*. Cambridge University Press; 2006 [cited 2021

- May 26]. p. 447–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16816784/>
57. Odağ C. *İntihar (Özkiyim) Tanım-Kuram-Sağaltım. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları*. 2008;3–125.
58. Organization WH. *National suicide prevention strategies Progress, examples and indicators [Internet]*. 2018 [cited 2021 May 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>
59. Bertolote JM, Fleischmann A. *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry [Internet]*. 2002 Oct [cited 2021 May 26];1(3):181–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946849>
60. Niederauer KG, Braga DT, De Souza FP, Meyer E, Volpato Cordioli A. *Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: A review [Internet]*. Vol. 29, *Revista Brasileira de Psiquiatria. Associacao Brasileira de Psiquiatria*; 2007 [cited 2021 May 28]. p. 271–8. Available from: <https://europepmc.org/article/med/17713688>
61. Hengartner MP, Gale TM, Angst J. *Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. Artic Int J Psychiatry Clin Pract [Internet]*. 2013 [cited 2021 May 29];17(3):188–96. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/235688924>
62. Alonso P, Segalàs C, Real E, Pertusa A, Labad J, Jiménez-Murcia S, et al. *Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. J Affect Disord*. 2010;124(3):300–8.
63. Angelakis I, Gooding P, Tarrier N, Panagioti M. *Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. Vol. 39, Clinical Psychology Review. Elsevier Inc.*; 2015. p. 1–15.
64. Hollander E, Greenwald S, ... DN-D and, 1996 undefined. *Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. Wiley Online Libr [Internet]*. [cited 2021 May 29]; Available from: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1996\)4:3%3C111::AID-DA3%3E3.0.CO;2-J](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1520-6394(1996)4:3%3C111::AID-DA3%3E3.0.CO;2-J)
65. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Zülkif TOPAK O, Çetin Ş, et al. *DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması 2. 2019 [cited 2021 May 30];30. Available from: https://doi.org/10.5080/u23431*
66. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. *The Yale-*

- Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1989 Nov 1 [cited 2021 Apr 17];46(11):1006–11. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
67. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1989 Nov 1 [cited 2021 May 30];46(11):1012–6. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/494744>
68. Karamustafalıoğlu O, Üçışık A, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29 Ulus Psikiyatr Kongresi Özet Kitabı. 1993;86.
69. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova K V., Oquendo MA, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2021 May 30];168(12):1266–77. Available from: www.cssrs.columbia.edu
70. Güneş A. Columbia İntihar Şiddetiği Derecelendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. TC İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast Anabilim Dalı Uzm Tezi. 2015;
71. Cull J, Gill W. Suicide probability scale (SPS). Los Angeles West Psychol Serv [Internet]. 1989 [cited 2021 May 30]; Available from: [http://www.v-psyche.com/doc/Clinical Test/Suicide Probability Scale \(SPS\).docx](http://www.v-psyche.com/doc/Clinical Test/Suicide Probability Scale (SPS).docx)
72. Zehra A, Eskin M, Dereboy Ç, Önal AE. İntihar Olasılığı Ölçeğinin (İÖÖ) klinik örneklemde geçerlik ve güvenilirliği. Klin Psikiyatr Derg. 2009;12(3).
73. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. Gen Hosp Psychiatry. 2010 Jul 1;32(4):345–59.
74. Güleç MY, Güleç H, Şimşek G, Turhan M, Sünbül A. Psychometric properties of the Turkish version of the Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety, and Depressive Symptoms. Elsevier [Internet]. 2012 [cited 2021 May 30]; Available from: www.elsevier.com/locate/comppsyh
75. Fray P, Robbins T, of BS-I journal, 1996 undefined. Neuropsychiatric applications of CANTAB. psycnet.apa.org [Internet]. [cited 2021 Jun 1]; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1996-04151-004>
76. Green R, Till C, Al-Hakeem H, Cribbie R, Téllez-Rojo MM, Osorio E, et al. Assessment of neuropsychological performance in Mexico City youth using the Cambridge

- Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB). J Clin Exp Neuropsychol [Internet]. 2019 Mar 16 [cited 2021 Jun 3];41(3):246–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30336715/>*
77. Smith PJ, Need AC, Cirulli ET, Chiba-Falek O, Attix DK. A comparison of the Cambridge Automated Neuropsychological Test Battery (CANTAB) with “traditional” neuropsychological testing instruments. *J Clin Exp Neuropsychol [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2021 Jun 1];35(3):319–28. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13803395.2013.771618>*
78. Band GPH, Van Boxtel GJM. Inhibitory motor control in stop paradigms: Review and reinterpretation of neural mechanisms. *Acta Psychol (Amst) [Internet]. 1999 [cited 2021 Jun 3];101(2–3):179–211. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10344185/>*
79. Eagle DM, Baunez C, Hutcheson DM, Lehmann O, Shah AP, Robbins TW. Stop-signal reaction-time task performance: Role of prefrontal cortex and subthalamic nucleus. *Cereb Cortex [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2021 Jun 3];18(1):178–88. Available from: <https://academic.oup.com/cercor/article/18/1/178/321327>*
80. Murat Demet M, Devec A, Den FLZ, Oryal E, Kin TA, Ek EM, et al. Demet ve ark. 133 Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji.
81. Karagüzel EÖ, Arslan FC, Uysal EK, Demir S, Aykut DS, Tat M, et al. Blood levels of interleukin-1 beta, interleukin-6 and tumor necrosis factor-alpha and cognitive functions in patients with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry. 2019 Feb 1;89:61–6.*
82. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Vol. 169, *British Journal of Psychiatry. Royal College of Psychiatrists; 1996. p. 101–7.*
83. Türkiye ve Fransa 'da Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Görüngüsel Özelliklerinin Karşılaştırılması [J Clin Psy] [Internet]. [cited 2021 Jul 5]. Available from: <https://www.klinikpsikiyatri.org/jvi.aspx?pdire=kpd&plng=tur&un=KPD-19480>
84. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, Farrell M, et al. Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Psychiatr Serv [Internet]. 2007 [cited 2021 Jul 5];58(7):977–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17602015/>*
85. Albert U, Barbaro F, Bramante S, Rosso G, De Ronchi D, Maina G. Duration of untreated illness and response to SRI treatment in Obsessive-Compulsive Disorder. *Eur Psychiatry [Internet]. 2019 May 1 [cited 2021 Jul 5];58:19–26. Available from:*

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.01.017>

86. Dell'Oso B, Buoli M, Hollander E, Altamura AC. Duration of Untreated Illness as a Predictor of Treatment Response and Remission in ObsessiveCompulsive Disorder. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 5];11(1):59–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20001657/>
87. Altıntaş E, Özçürümez G, Üniversitesi Tıp Fakültesi B, Bölümü P, Üniversitesi Tıp Fakültesi M. Cukurova Medical Journal Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Cinsiyet Farklılığı Açısından Değerlendirilmesi Evaluation of Obsessive-Compulsive Disorder Patients According to Gender Differences. Vol. 40, *Cukurova Medical Journal*. 2015.
88. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1997 [cited 2021 Jul 6];170(MAR.):205–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9229027/>
89. De La Vega D, Giner L, Courtet P. Suicidality in Subjects With Anxiety or Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Recent Advances [Internet]. Vol. 20, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2018 [cited 2021 Jul 6]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29594718/>
90. Albert U, Pellegrini L, Maina G, Atti A-R, De Ronchi D, Rhimer Z, et al. Suicide in obsessive-compulsive related disorders: prevalence rates and psychopathological risk factors [Internet]. Vol. 25, *OF PSYCHOPATHOLOGY*. 2019 Sep [cited 2021 Jul 6]. Available from: <https://www.jpsychopathol.it/article/suicide-in-obsessive-compulsive-related-disorders-prevalence-rates-and-psychopathological-risk-factors/>
91. Albert U, De Ronchi D, Maina G, Pompili M. Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol* [Internet]. 2018 Jun 21 [cited 2021 Jul 6];17(8):681–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29929465/>
92. Kamath P, Reddy YCJ, Kandavel T. Suicidal Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2007 Nov 15 [cited 2021 Jul 6];68(11):0–0. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/suicidal-behavior-obsessive-compulsive-disorder>
93. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland C, Wong CM, Broatch J, et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder [Internet]. Vol. 2, *CNS Spectrums*. MedWorks Media LLC; 1997 [cited 2021 Jul 6]. p. 16–25. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/abs/psychosocial-function-and-economic-costs-of-obsessivecompulsive-disorder/EC03EE3EDAA87958073FFC0ACF6D3425>

94. Torres AR, Ramos-Cerqueira ATDA, Torresan RC, Domingues MDS, Hercos ACR, Guimarães ABC. Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* [Internet]. 2007 [cited 2021 Jul 6];12(10):771–8. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/abs/prevalence-and-associated-factors-for-suicidal-ideation-and-behaviors-in-obsessivecompulsive-disorder/ACEF8BFD94635ADAE027D6CAEC45A28>
95. Pellegrini L, Maietti E, Rucci P, Casadei G, Maina G, Fineberg NA, et al. Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. Vol. 276, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2020. p. 1001–21.
96. P V, C P, Y F, E AP, R C, L F, et al. The suicidality continuum in a large sample of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2021 Jul 8];38:1–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27606439/>
97. B D, B B, C A, C P, AC A, E H, et al. Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS Spectr* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Jul 8];23(1):59–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28300008/>
98. Allen KJD, Bozzay ML, Edenbaum ER. Neurocognition and Suicide Risk in Adults. *Curr Behav Neurosci Reports* 2019 64 [Internet]. 2019 Sep 6 [cited 2021 Jul 10];6(4):151–65. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40473-019-00189-y>
99. Dittrich WH, Johansen T. Cognitive deficits of executive functions and decision-making in obsessive-compulsive disorder. *Scand J Psychol* [Internet]. 2013 Oct 1 [cited 2021 Jul 9];54(5):393–400. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sjop.12066>
100. McHugh C, Lee R, ... DH-J of psychiatric, 2019 undefined. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. Elsevier [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 9];116:51–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395618314134>
101. Liaugaudaitė V, Fineberg NA, Podlipskyte A, Gecaite J, Juskiene A, Mickuviene N, et al. Neurocognitive markers of suicidal ideation in patients with anxiety and mood disorders. <https://doi.org/10.1080/1365150120191666148> [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2021 Jul 9];24(2):116–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13651501.2019.1666148>
102. P A, M M-S, MendozaKristen, StevensJack, H S, V C, et al. Risk-Sensitive Decision-Making Deficit in Adolescent Suicide Attempters. <https://home.liebertpub.com/cap> [Internet]. 2015

Mar 17 [cited 2021 Jul 9];25(2):109–13. Available from:
<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cap.2014.0041>

103. JE G, K D, E L, SR C. Suicidality in non-treatment seeking young adults with subsyndromal gambling disorder. *Psychiatr Q* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2021 Jul 9];85(4):513–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25119847/>
104. Clark L, Dombrowski A, Siegle G, Butters M, Shollenberger C, Sahakian B, et al. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychol Aging* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 9];26(2):321. Available from: [/pmc/articles/PMC3115442/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2115442/)
105. Rogers R, Everitt B, ... AB-, 1999 undefined. Dissociable deficits in the decision-making cognition of chronic amphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan. *Elsevier* [Internet]. 1999 [cited 2021 Jul 10];20(4):322–39. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0893133X98000918>
106. Fenger MM, Gade A, Adams KH, Hansen ES, Bolwig TG, Knudsen GM. Cognitive deficits in obsessive–compulsive disorder on tests of frontal lobe functions. *Journal of Clinical Neuropsychology* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 10];59(1):39–44. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08039480510018814>
107. Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Neuropsychological Deficits in Obsessive-compulsive Disorder: A Comparison With Unipolar Depression, Panic Disorder, and Normal Controls. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1998 May 1 [cited 2021 Jul 10];55(5):415–23. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/203866>
108. Wit SJ de, Vries FE de, Werf YD van der, Cath DC, Heslenfeld DJ, Veltman EM, et al. Presupplementary Motor Area Hyperactivity During Response Inhibition: A Candidate Endophenotype of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Neuropsychology* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2021 Jul 10];169(10):1100–8. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2012.12010073>
109. Eagle D, Baunez C, ... DH-C, 2008 undefined. Stop-signal reaction-time task performance: role of prefrontal cortex and subthalamic nucleus. *academic.oup.com* [Internet]. [cited 2021 Jul 10]; Available from: <https://academic.oup.com/cercor/article-abstract/18/1/178/321327>
110. McLaughlin NCR, Kirschner J, Foster H, O'Connell C, Rasmussen SA, Greenberg BD. Stop Signal Reaction Time Deficits in a Lifetime Obsessive-Compulsive Disorder Sample. *J Int Neuropsychol Soc* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2021 Jul 11];22(7):785–9. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-the-international-neuropsychological-society/article/abs/stop-signal-reaction-time-deficits-in-a-lifetime-obsessive-compulsive-disorder-sample/2ED8E1C3FC9B4C3D39872C892E97C1A1>

111. Bredemeier K, Miller IW. *Executive function and suicidality: A systematic qualitative review*. Vol. 40, *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc.; 2015. p. 170–83.
112. van der Straten A, Huyser C, Wolters L, Denys D, van Wingen G. *Long-Term Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Planning and Prefrontal Cortex Function in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder*. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2018 Apr 1;3(4):320–8.
113. Bannon S, Gonsalvez CJ, Croft RJ. *Processing impairments in OCD: It is more than inhibition!* *Behav Res Ther*. 2008 Jun 1;46(6):689–700.
114. Abramovitch A, McCormack B, ... DB-C psychology, 2019 undefined. *The impact of symptom severity on cognitive function in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis*. Elsevier [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 11]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735818303386>

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI



EK-2 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

“Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastalarda Yürütücü İşlevlerin, İntihar Riski ve Hastalık Şiddeti ile İlişkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve çalışmacıyla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

OKB, obsesyon ve/ya da kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman dönmesele alevlenmelerle giden kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur. Araştırmamızın amacı bilişsel işlevlerdeki bozulmanın Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalardaki intihar riskli ile ilişkisini saptayarak, OKB tanılı hastalarda intiharla ilgili risk faktörlerini ortaya koymak ve klinik uygulamada bu riski azaltmaya olanak sağlamaktır.

Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir.

Bu araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran 18-65 yaş aralığında, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olan, dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden en az 60 hasta alınması planlanmıştır, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul edenler dahil edilecektir. Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu, imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz..

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Araştırmamızın amacı bilişsel işlevlerdeki bozulmanın Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalardaki intihar riskli ile ilişkisini saptayarak, OKB tanılı hastalarda intiharla ilgili risk faktörlerini ortaya koymak ve klinik uygulamada bu riski azaltmaya olanak sağlamaktır. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacaktır?

Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Bilinmeyen etkilerden dolayı değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek olası bir zararın giderilmesi için gerekli her türlü tıbbi müdahale yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızca üstlenilecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. (ulaşım ve yemek paraları da dahil olmak üzere gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır..Araştırmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur?

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair onuru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir.Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da araştırma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: ASLI KAYACAN

GÖREVİ: PSİKİYATRİ

HEKİMİ

TELEFON:

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Dr. ASLI KAYACAN tarafından tıbbi bi araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)..*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması

halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. ASLI KAYACAN'ı, numaralı telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Dr. Aslı Kayacan

Tel:

İmza:

Tarih

EK-3 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

HASTA NO:

ADI SOYADI:

TELEFON:

GÖRÜŞME TARİHİ:

1. Yaşınız:.....YAŞ

2. Cinsiyetiniz

(1) Kadın

(2) Erkek

3. Eğitim düzeyiniz.....YIL

4. Çalışma durumunuz:

(1). Hiç çalışmamış

(2). İşinden ayrılmış

(3). Halen çalışıyor

(4). Emekli

(5). Diğer.....

5. Çalışıyorsanız mesleğiniz:

.....

6. Medeni durumunuz

(1).Evli

- (2).Bekar
- (3).Boşanmış/Ayrı yaşıyor
- (4).Eşi vefat etmiş

7. Varsa sahip olduğunuz çocuk sayısı?:

8. Aylık toplam geliriniz:

- (1). 2500 TL ve altı
- (2). 2500-6000 TL
- (3). 6000 TL ve üstü

9. Kiminle yaşıyorsunuz?

- (1).Yalnız
- (2).Aile
- (3).Diğer.....

10. Bilinen tıbbi hastalığınız var mı?

- (1).Yok
- (2).Var ise yazınız.....

11. Psikiyatrik hastalığınız sebebiyle hastanede yatış öykünüz var mı?

- (1) Hayır
- (2) Evet ise sayısı:.....

12. Daha önce Psikiyatrik tedavi öykünüz var mı?

- (1).Hayır
- (2).Evet

13. Psikiyatrik tedavi öykünüz varsa ne şekilde?

- (1) İlaç
- (2) Psikoterapi
- (3) İlaç+psikoterapi

14. Obsesif kompulsif Bozukluk (OKB) Tanınız Kaç Yıldır Var?.....

15. Hastalığınızın başlaması ile ilk defa tedaviye başvurmanız arasında geçen süre AY VEYA YIL belirtiniz:

16. Daha önce intihar düşünceniz oldu mu?

- (1). Evet
- (2). Hayır

17. Daha önce intihar girişiminiz var mı?

- (1). Yok
- (2). Var, ise kaç kez?.....

18. İntihar girişimi öncesi stresör etken var mı? (ayrılık, kayıp, ölüm, reddedilme...)

- (1) Yok
- (2) Var

19. Eğer varsa Geçmişteki intihar girişiminiz nasıl gerçekleşti?

- (1). İlaç içerek
- (2). Kesici delici alet ile
- (3). Yüksekten atlama ile
- (4). Ateşli silah ile
- (5). Zehir ile
- (6). Diğer belirtiniz.....

20. Çevrenizde intihar girişimi öyküsü olan veya intihar sebebiyle ölen kimse var mı?

- (1). Yok
- (2). 1. Derece yakınım
- (3). 2. Derece yakınım
- (4). Akraba olmayan yakınım/arkadaşım

21. Şu anda kullandığınız tedavi nedir?

- (1).SSRI
- (2).SNRI
- (3).Klomipramin
- (4).Antidepresan+antipsikotik

22. Şu anda terapi (BDT) alıyor musunuz?

- (1).Hayır
- (2).Evet ise aydır.

EK-4 YALE BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	☐
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	☐
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	☐
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	☐
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	☐
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	☐
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	☐
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	☐
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	☐
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECESESİ	(0-4)	☐
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	☐
12. KAÇINMA	(0-4)	☐
13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ	(0-4)	☐
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	☐
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	☐
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	☐
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	☐
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	☐
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	☐
TOPLAM PUAN		

EK-5 İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

55

EK III. İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İOÖ)

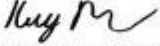
Açıklama:

Aşağıdaki kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırası ile her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen; her cümlemin sağ tarafındaki seçeneklerden size en uygun olanın altındaki "D" harfini daire içine alarak işaretlemenizdir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkeli olduğum zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.				
2	Bir çok insanın benimle içtenlikle ilgilendiğini hissederim.				
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissederim.				
4	Başkaları ile paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.				
5	Çok fazla sorumluluk yüklediğimi düşünürüm.				
6	Yapabileceğim daha bir çok yararlı şey olduğunu hissederim.				
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.				
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissederim.				
9	İnsanlardan koptuğumu hissederim.				
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissederim.				
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissederim.				
12	Oylesine yalnızlık hissederim ki buna dayanamam.				
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediğini hissederim.				
14	Eğer, hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissederim.				
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.				
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.				
17	Gittiğim zaman beni kimsenin özlemeyeceğini düşünürüm.				
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi gözükür.				
19	İnsanların benden çok fazla şey beklediklerini hissederim.				

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissedirim.				
21	Dünyanın yaşamaya değer olmadığını hissedirim.				
22	Gelecek ile ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.				
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşımın olmadığını düşünürüm.				
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissedirim.				
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmemin daha az acılı olacağını hissedirim.				
26	Anneme duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim(hissederdim)				
27	Eşime duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim(hissederdim)				
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissedirim.				
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissedirim				
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.				
31	Para ile ilgili endişelerim var.				
32	İntihar etmeyi düşünürüm.				
33	Kendimi yorgun ve bir çok şeye ilgisiz hissedirim.				
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.				
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim(hissederdim)				
36	Nerede olursam olayım mutlu olmadığımı hissedirim.				

**EK-6 COLUMBİA- İNTİHAR ŞİDDETİNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
(C-İŞDÖ) UYGULAYICI SERTİFİKASI**

<u>Certificate of Completion</u> aslı kayacan Has successfully completed RFMH-A027a - The C-SSRS Training – Turkish - V.1.1 - Initial Training This is the training component containing the video presentation and 8 case studies for you to review. Presented by Kelly Posner, PHD -Copyright- Research Foundation for Mental Hygiene -RFMH. Completion certificate is valid for a maximum of 2 years. on Saturday, May 16, 2020 at 10:03 AM.  Kelly Posner, Ph.D. Trainer Director, Center for Suicide Risk Assessment
--

EK 7- HASTA SAĞLIK ANKETİ – SOMATİK, ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ (HSA- SADBÖ)

A-PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
• Karın ağrısı			
• Sırt ağrısı			
• Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
• Yorgunluk ve enerji azlığı			
• Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
• Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
• Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
• Baş ağrısı			
• Göğüs ağrısı			
• Baş dönmesi			
• Fenalık hissi			
• Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
• Nefes darlığı			
• Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
• Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

A-PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
• Karın ağrısı			
• Sırt ağrısı			
• Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
• Yorgunluk ve enerji azlığı			
• Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
• Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
• Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
• Baş ağrısı			
• Göğüs ağrısı			
• Baş dönmesi			
• Fenalık hissi			
• Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
• Nefes darlığı			
• Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
• Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

C- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

D- Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

() Hiç zorluk çıkarmadı

() Biraz zorluk çıkardı

() Çok zorluk çıkardı

() Aşırı derecede zorlandım